

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий центр заочно-дистанційного відділення
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему:

**«Індивідуально-орієнтовані психологічні програми як засіб розвитку
соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями (на базі будинків
підтриманого проживання)»**

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМПс-22
спеціальності 053 Психологія
Мартинюк Валерія Сергіївна

Керівник – кандидат педагогічних наук, доцент

Грицюта Оксана Федорівна

Рецензент – кандидат психологічних наук, доцент

Оксентюк Наталія Володимирівна

Допущено до захисту:
Завідувач кафедри: _____
Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНИХ ПРОГРАМ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	9
1.1. Соціальна адаптація осіб з ментальними порушеннями: сутність, структура, чинники	9
1.2. Будинки підтриманого проживання: концептуальні засади та міжнародний досвід	12
1.3. Стан розвитку будинків підтриманого проживання в Україні.....	14
Висновки до розділу 1	17
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ	19
2.1. Концептуальні основи індивідуально-орієнтованих психологічних програм.	19
2.2. Дизайн дослідження: змішана методологія.....	24
2.3. Характеристика вибірки та процедура дослідження	27
2.4. Методи збору даних	33
2.4.1. Вторинний аналіз даних Mental Health for Ukraine (MH4U)	33
2.4.2. Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES).....	34
2.4.3. Індекс задоволеності життям (Life Satisfaction Index A, LSIA).....	36
2.4.4. Діагностика комунікативного контролю (М. Шнайдер).....	38
2.4.5. Авторський опитувальник для фахівців БПП	40
2.4.6. Метод кейс-стаді (аналіз випадків)	43
2.5. Методи аналізу даних	45
Висновки до розділу 2	51
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНИХ ПРОГРАМ.....	53

3.1. Характеристика будинків підтриманого проживання в Україні та особливості індивідуально-орієнтованих програм	53
3.2. Результати психодіагностичного дослідження мешканців БПП	57
3.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками соціальної адаптації... ..	59
3.4. Якісний аналіз: детальні кейс-стаді.....	60
3.5. Інтеграція результатів: синтез кількісних та якісних даних.....	66
3.6. Порівняльний аналіз самооцінок мешканців та експертних оцінок персоналу: тріангуляція даних.....	72
Висновки до розділу 3	77
ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	89
ДОДАТКИ.....	95

ВСТУП

Актуальність дослідження. Процеси деінституціоналізації та розвиток альтернативних форм підтримки осіб з ментальними порушеннями набувають особливого значення в контексті соціальних трансформацій України. За даними Міністерства соціальної політики, станом на 2024 рік в Україні функціонує понад 100 психоневрологічних інтернатів, де перебувають близько 23 000 осіб з інтелектуальними порушеннями. Водночас, кількість будинків підтриманого проживання (БПП) залишається критично малою – близько 20 закладів, що обслуговують приблизно 141 мешканця.

Будинки підтриманого проживання представляють інноваційну модель соціальної підтримки, яка ґрунтується на принципах особистісно-орієнтованого підходу, збереження людської гідності та максимальної самостійності мешканців. На відміну від традиційної інституційної опіки, БПП створюють умови для розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями через індивідуально-орієнтовані психологічні програми та підтримку в природному житті середовищі.

Актуальність теми посилюється низкою чинників. По-перше, існує значний розрив між потребою в альтернативних формах проживання та їх фактичною доступністю. По-друге, недостатньо досліджені психологічні механізми соціальної адаптації мешканців БПП та ефективність індивідуально-орієнтованих програм супроводу. По-третє, відсутня комплексна методологія оцінки впливу різних підходів до організації підтримки на розвиток самостійності та соціальної інтеграції осіб з ментальними порушеннями.

Дослідження базується на дев'ятирічному практичному досвіді автора в роботі з молоддю з інтелектуальними порушеннями через громадську організацію в Чернівецькій області, що дозволяє поєднати академічний аналіз з глибоким розумінням реальних потреб цільової групи. Робота вписується в контекст реформи деінституціоналізації в Україні та слугує доказовою базою для формування політики у сфері соціального захисту.

Ступінь розробленості проблеми. Проблема соціальної адаптації осіб з ментальними порушеннями та організації альтернативних форм підтримки досліджувалася в працях вітчизняних та зарубіжних учених. Теоретичні основи соціальної адаптації розроблено в працях Л. Виготського, О. Луценко, Т. Титаренко, В. Гладченка та інших. Психологічні особливості осіб з інтелектуальними порушеннями вивчали В. Синьов, Г. Коберник, С. Миронова, В. Кобильченко. Питання деінституціоналізації та реформування системи соціальних послуг досліджували Л. Вавіна, Т. Коляда, Ю. Приходько. Методологічні основи підтриманого проживання розроблено Л. Найдьоною, К. Аймедовим. Особистісно-орієнтований підхід [18] в психологічній практиці обґрунтовано К. Роджерс [18]ом, С. Максименком, О. Матласевич. Зарубіжні дослідження представлені працями У. Бронфенбренера [15] (соціально-екологічна теорія [15]), D. Felce та J. Perry (якість життя), С. Bigby з колегами (концептуалізація підтриманого проживання), Е. Emerson та С. Hatton (наслідки деінституціоналізації). Однак недостатньо вивченими залишаються питання практичного застосування індивідуально-орієнтованих програм у будинках підтриманого проживання в українському контексті, психологічні предиктори успішної адаптації мешканців БПП, а також особливості організації підтримки в умовах обмежених ресурсів та соціальних викликів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконане в рамках наукових пріоритетів Національного університету «Острозька академія» у галузі соціальної та практичної психології, зокрема напряму досліджень проблем соціальної адаптації вразливих груп населення. Робота узгоджується з Національною стратегією реформування системи інституційного догляду та Державною цільовою програмою розвитку послуг з підтриманого проживання.

Мета дослідження: теоретично дослідити й емпірично перевірити особливості використання індивідуально-орієнтованих програм у будинках підтриманого проживання як засобу соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз сутності, структури та чинників соціальної адаптації осіб з ментальними порушеннями.
2. Проаналізувати концептуальні підходи до організації індивідуально-орієнтованих психологічних програм у системі підтриманого проживання.
3. Дослідити міжнародний та вітчизняний досвід функціонування будинків підтриманого проживання.
4. Визначити критерії та показники соціальної адаптації мешканців будинків підтриманого проживання.
5. Емпірично дослідити рівень соціальної адаптації, самооцінки та комунікативного контролю мешканців БПП.
6. Провести порівняльний аналіз оцінок соціальної адаптації мешканців з боку персоналу та самооцінок респондентів.
7. Розробити практичні рекомендації щодо вдосконалення індивідуально-орієнтованих програм у будинках підтриманого проживання.

Об'єкт дослідження: соціальна адаптація молоді з ментальними порушеннями.

Предмет дослідження: індивідуально-орієнтовані програми задля розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями.

Методи дослідження. У роботі використано комплекс методів, що відповідають меті та завданням дослідження:

Теоретичні методи: аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; систематизація теоретичних підходів до вивчення соціальної адаптації; порівняльний аналіз вітчизняних та зарубіжних моделей організації підтриманого проживання.

Емпіричні методи: психодіагностичні методики (методика «Шкала самооцінки» М. Розенберга для визначення рівня самооцінки опитаних; Індекс задоволеності життям [33] (LSIA [33]) для виявлення загального психічного стану респондентів, міри психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптації;

діагностика комунікативного контролю (М. Шнайдер) для вивчення рівня комунікативного контролю респондентів); авторська анкета для збору демографічних даних та додаткової інформації про респондентів; аналіз вторинних даних проєкту Mental Health for Ukraine [5] (МН4U [5]).

Методи математичної статистики: описова статистика, кореляційний аналіз для встановлення взаємозв'язків між показниками соціальної адаптації; порівняльний аналіз оцінок мешканців та персоналу.

Емпірична база дослідження. Дослідження проводилося на базі будинків підтриманого проживання, що функціонують в Україні. У дослідженні взяли участь дві групи респондентів: мешканці БПП віком від 18 до 35 років з ментальними порушеннями (n=25-30) та співробітники БПП, які здійснюють супровід мешканців (n=15-20). Додатково використано дані з бази проєкту Mental Health for Ukraine [5] щодо функціонування будинків підтриманого проживання в Україні.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше комплексно досліджено особливості використання індивідуально-орієнтованих програм у будинках підтриманого проживання як засобу розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в українському контексті; здійснено порівняльний аналіз суб'єктивних оцінок мешканців та об'єктивних експертних оцінок персоналу щодо рівня соціальної адаптації; визначено психологічні предиктори успішної адаптації в умовах підтриманого проживання; конкретизовано зміст поняття «індивідуально-орієнтована психологічна програма» у контексті роботи з особами з ментальними порушеннями.

Практичне значення одержаних результатів. Результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення системи соціально-психологічного супроводу в будинках підтриманого проживання; при розробці навчальних програм для підготовки фахівців, які працюють з особами з ментальними порушеннями; у процесі створення нових БПП та реформування системи інституційного догляду; для обґрунтування політичних рішень щодо фінансування альтернативних форм підтримки осіб з інвалідністю.

Публікації, виступи на конференціях за час навчання (за наявності):

Основні положення та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на студентській науковій конференції «Психологія в часи воєнних викликів: пошуки стратегій психологічної стійкості та витривалості» (6 листопада 2025 р., Національний університет «Острозька академія», м. Острог).

Публікації. Основний зміст магістерської роботи викладено у 3 публікаціях:

1. Мартинюк В. С. Соціальна адаптація мешканців будинків підтриманого проживання: аналіз українського досвіду. Матеріали студент. наук. конф. (Острог, 6 листоп. 2025 р.). Острог: Вид-во Нац. ун-ту «Острозька академія», 2025.

2. Мартинюк В. С. Порівняльний аналіз траєкторій соціальної адаптації: транзитні та постійні моделі будинків підтриманого проживання. Науковий вісник Національного університету «Острозька академія». 2025. URL: <https://naub.oa.edu.ua/porivnyalnyj-analiz-trayektorij-sotsialnoyi-adaptatsiyi-tranzytni-ta-postijni-modeli-budynkiv-pidtrymanoho-prozhyvannya/> (дата звернення: 13.12.2025).

3. Мартинюк В. Психологічні предиктори успішної соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах підтриманого проживання. Перспективи розвитку сучасної науки та освіти : зб. матеріалів доп. учасн. XVII Міжнар. наук.-практ. конф. Львів : Львівський науковий форум, 2025. С. 219-220. URL: http://lviv-forum.inf.ua/save/2025/9-10_12/Збірник.pdf (дата звернення: 15.12.2025).

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (понад 60 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 108 сторінок, з яких 85 сторінок основного тексту. Робота містить 6 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНИХ ПРОГРАМ ЯК ЗАСОБУ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1.1. Соціальна адаптація осіб з ментальними порушеннями: сутність, структура, чинники

Проблема соціальної адаптації осіб з ментальними порушеннями посідає центральне місце в сучасній спеціальній психології та соціальній роботі [6; 40; 46]. Розуміння механізмів адаптації цієї категорії населення є необхідною умовою для розробки ефективних програм підтримки та соціальної інтеграції.

Соціальна адаптація у широкому розумінні трактується як процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, а також як результат цього процесу [25; 38]. Відповідно до біопсихосоціальної моделі, запропонованої Всесвітньою організацією охорони здоров'я [48], адаптація особи з інвалідністю визначається взаємодією між функціональними обмеженнями індивіда та контекстуальними чинниками середовища, в якому він функціонує.

У контексті роботи з особами з ментальними порушеннями соціальну адаптацію слід розуміти як багатовимірний процес взаємодії особистості з соціальним оточенням, що передбачає формування та розвиток навичок самообслуговування, міжособистісної комунікації, соціальної поведінки та участі в суспільному житті [41; 48]. Цей процес відбувається через освоєння соціальних норм, ролей та культурних цінностей при збереженні індивідуальності та гідності особи.

Структура соціальної адаптації включає кілька взаємопов'язаних компонентів [25; 41]:

1. Функціональна адаптація — оволодіння навичками самообслуговування, побутової орієнтації та повсякденної діяльності. Цей компонент включає здатність до самостійного прийняття їжі, догляду за собою,

підтримання гігієни, користування побутовими приладами та орієнтації в просторі [48].

2. Комунікативна адаптація – формування навичок міжособистісної взаємодії, розуміння соціальних сигналів, вербальної та невербальної комунікації. Особи з ментальними порушеннями часто мають труднощі у розпізнаванні емоцій інших людей, розумінні контексту спілкування, дотриманні соціальної дистанції [24; 31].

3. Емоційна адаптація – розвиток емоційної регуляції, формування адекватної самооцінки, здатність до переживання та виразу емоцій у соціально прийнятній формі [30; 43]. Цей аспект є критично важливим, оскільки особи з ментальними порушеннями часто демонструють лабільність емоційних станів або, навпаки, емоційну сплосченість.

4. Соціально-рольова адаптація – засвоєння соціальних ролей, норм поведінки, розуміння своїх прав і обов'язків, формування громадянської позиції [41]. Включає розвиток розуміння власної ідентичності як члена суспільства з певними правами та відповідальністю.

5. Економічна адаптація – формування навичок фінансової грамотності, розуміння вартості речей, здатність планувати витрати в межах доступних ресурсів [41]. Навіть базове розуміння грошових відносин значно підвищує рівень самостійності та соціальної інклюзії.

Чинники соціальної адаптації можна умовно поділити на внутрішні (особистісні) та зовнішні (середовищні) [25; 38].

До внутрішніх чинників належать:

- Ступінь інтелектуального порушення та специфіка когнітивного профілю особи [48];
- Рівень розвитку адаптивної поведінки [8] (самообслуговування, комунікації, соціалізації) [48];
- Емоційно-вольові характеристики (мотивація, наполегливість, толерантність до фрустрації) [30];

- Супутні порушення (аутистичні риси, порушення поведінки, тривожність) [24];
- Попередній досвід соціалізації та характер первинної родини [13; 25].

Зовнішні чинники включають:

- Характеристики фізичного та соціального середовища (доступність, безбар'єрність) [50];
- Якість професійної підтримки та кваліфікація персоналу [32; 49];
- Соціальні установки та рівень інклюзивності суспільства [41];
- Доступність соціальних послуг та реабілітаційних програм [14];
- Правова база та державна політика щодо осіб з інвалідністю [2; 4].

Особливої уваги заслуговує концепція адаптивної поведінки [8], яка визначається Американською асоціацією з інтелектуальних та розвиткових порушень (AAIDD [8]) як сукупність концептуальних, соціальних та практичних навичок, засвоєних людьми для функціонування в повсякденному житті [48]. Дефіцити адаптивної поведінки [8] впливають на здатність відповідати стандартам розвитку та соціокультурним вимогам особистої незалежності та соціальної відповідальності.

Концептуальні навички включають мовленнєві здібності, грамотність, поняття про гроші, час, числа. Соціальні навички охоплюють міжособистісні вміння, соціальну відповідальність, дотримання правил, уникнення віктимізації. Практичні навички стосуються особистої опіки, професійних умінь, користування грошима, безпеки [48].

У контексті деінституціоналізації та переходу до підтриманого проживання особливого значення набуває модель соціальної включеності, яка передбачає не просто фізичну присутність особи в громаді, а її повноцінну участь у соціальному житті [51; 52]. Соціальна включеність розглядається не як кінцевий стан, а як динамічний процес забезпечення того, щоб всі члени суспільства, незалежно від їхніх можливостей, мали рівні можливості для участі в соціальному, економічному, культурному та політичному житті.

Важливим методологічним підходом є теорія соціальних ролей, яка пояснює, як особи з інвалідністю можуть бути делеговані до знецінених соціальних ролей (пацієнта, дитини, об'єкта жалості) або ж підтримані у виконанні цінних соціальних ролей (працівника, друга, громадянина) [61]. Принцип нормалізації, розроблений Б. Нірйє та В. Вольфенсбергером, наголошує на важливості забезпечення людям з порушеннями розвитку можливості жити в умовах, максимально наближених до звичайних для їхнього віку та культури [61].

Сучасні дослідження показують, що успішна соціальна адаптація осіб з ментальними порушеннями значною мірою залежить від організації середовища та наявності індивідуалізованої підтримки [49; 51; 52]. Модель підтриманого проживання, яка розглядається в наступному підрозділі, базується саме на цих принципах, забезпечуючи баланс між автономією особи та необхідним рівнем підтримки.

1.2. Будинки підтриманого проживання: концептуальні засади та міжнародний досвід

Будинки підтриманого проживання (БПП) представляють інноваційну модель організації життя для осіб з ментальними порушеннями, яка ґрунтується на принципах деінституціоналізації, нормалізації та особистісно-орієнтованого підходу [51; 52; 61]. Ця модель є альтернативою традиційному інституційному догляду і спрямована на максимальну інтеграцію осіб з інвалідністю в громадське життя при забезпеченні необхідного рівня підтримки.

Концептуальні засади підтриманого проживання

Філософія підтриманого проживання базується на кількох фундаментальних принципах, що відображені в міжнародних документах, зокрема в Конвенції ООН [3] про права осіб з інвалідністю (2006) [1]. Стаття 19 Конвенції закріплює право на незалежний спосіб життя та залучення до життя громади, що включає:

- Можливість вибору місця проживання нарівні з іншими членами суспільства;

- Доступ до різних послуг підтримки, включаючи персональну допомогу;
- Доступність громадських об'єктів та послуг для загального населення.

Згідно з визначенням Європейської асоціації надавачів послуг для осіб з інвалідністю (EASPD), підтримане проживання – це форма організації життя, при якій особи з інвалідністю отримують індивідуалізовану підтримку для максимально самостійного життя в громаді [49]. Ключовим є те, що особа зберігає контроль над своїм життям, а підтримка надається згідно з її потребами та бажаннями.

Основні характеристики будинків підтриманого проживання [32; 49]:

1. **Малі групи мешканців** – як правило, від 3 до 6 осіб, що дозволяє забезпечити індивідуальний підхід та створити сімейну атмосферу.
2. **Розташування в громаді** – будинки знаходяться в звичайних житлових районах, а не в ізольованих закладах, що сприяє соціальній інтеграції.
3. **Індивідуалізований підхід** – для кожного мешканця розробляється персональний план підтримки з урахуванням його потреб, можливостей та бажань.
4. **Цілодобова або часткова підтримка** – залежно від рівня потреб мешканців забезпечується відповідний обсяг супроводу.
5. **Розвиток самостійності** – активна робота над формуванням навичок самообслуговування, прийняття рішень, участі в громадському житті.

Міжнародний досвід організації підтриманого проживання

Скандинавські країни традиційно вважаються піонерами в розвитку моделі підтриманого проживання [61]. У Швеції та Норвегії процес деінституціоналізації розпочався ще в 1960-х роках з впровадження принципу нормалізації. Сьогодні в цих країнах практично відсутні великі інтернати для осіб з інтелектуальними порушеннями.

Шведська модель характеризується високим рівнем індивідуалізації підтримки [49]. Кожна особа з інвалідністю має право на персонального асистента, який допомагає в повсякденному житті. Будинки підтриманого проживання розташовані в звичайних житлових будинках, мешканці мають власні кімнати,

беруть участь у плануванні спільного життя, самостійно роблять покупки та користуються громадським транспортом.

Велика Британія демонструє різноманітність моделей підтриманого проживання – від повністю самостійного проживання з мінімальною підтримкою до груп з цілодобовим супроводом [51]. Особливістю британської системи є розвинута мережа денних центрів, які надають можливості для навчання, роботи та соціалізації.

США та Канада розвивають модель «підтриманого незалежного проживання», яка передбачає проживання в власному житлі з наданням необхідних послуг підтримки [52]. Широко використовується підхід «прямих виплат», коли особа отримує кошти для самостійного найму асистентів та організації підтримки.

Досвід країн Центральної та Східної Європи особливо цінний для України, оскільки ці країни пройшли схожий шлях трансформації пострадянської системи інституційного догляду [14]. Польща, Чехія, країни Балтії успішно реалізували програми деінституціоналізації при підтримці ЄС.

Аналіз міжнародного досвіду дозволяє виокремити кілька критичних факторів успішності моделі підтриманого проживання [49; 51; 52]: політична воля та законодавча підтримка реформи; адекватне фінансування та перерозподіл ресурсів від інституцій до громадських послуг; розвиток професійних компетенцій персоналу; зміна суспільних установок щодо осіб з інвалідністю; залучення самих осіб з інвалідністю та їхніх сімей до процесу реформування.

1.3. Стан розвитку будинків підтриманого проживання в Україні

Розвиток будинків підтриманого проживання в Україні відбувається в контексті масштабної реформи деінституціоналізації, яка набула особливої актуальності після ратифікації Конвенції ООН [3] про права осіб з інвалідністю у 2009 році [1] та прийняття національного законодавства щодо трансформації системи інституційного догляду.

Нормативно-правова база

Правові основи функціонування БПП в Україні визначаються низкою документів. Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки та План заходів з її реалізації визначають деінституціоналізацію як пріоритетний напрям державної політики [2]. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 квітня 2019 р. № 336 «Про затвердження Порядку створення та діяльності будинків підтриманого проживання для осіб з функціональними обмеженнями» встановлює організаційно-правові засади створення та функціонування БПП [3].

Згідно з українським законодавством, БПП визначається як заклад, призначений для тимчасового (до 4 років) або постійного проживання повнолітніх осіб з інвалідністю, які потребують стороннього догляду, побутового та соціального обслуговування, але є здатними до самообслуговування і не мають медичних протипоказань для спільного проживання [3]. Кількість мешканців в одному будинку не повинна перевищувати 10 осіб.

Поточний стан розвитку мережі БПП

За даними проєкту Mental Health for Ukraine [5] (МН4U [5]) та Міністерства соціальної політики, станом на 2024 рік в Україні функціонує близько 20 будинків підтриманого проживання, в яких проживає приблизно 141 особа [5; 11]. Це критично мало порівняно з потребою – понад 23 000 осіб з інтелектуальними порушеннями перебувають у психоневрологічних інтернатах.

Географічно БПП розташовані нерівномірно, переважно в обласних центрах та великих містах. Більшість з них створена при підтримці міжнародних організацій (ЄС, UNICEF, різноманітні благодійні фонди) та неурядових організацій [11]. Найбільш активно розвивається мережа БПП у Львівській, Київській, Дніпропетровській областях.

Типи будинків підтриманого проживання в Україні [3; 32]:

1. **Перехідні БПП** – призначені для підготовки осіб до більш самостійного життя, передбачають проживання до 4 років з активним навчанням побутовим та соціальним навичкам.

2. **Постійні БПП** – для осіб, які потребують тривалої або постійної підтримки, але здатні до відносно самостійного життя в громаді.

Основні виклики та проблеми

1. **Фінансування.** Недостатнє та нестабільне фінансування залишається головним бар'єром розвитку мережі БПП [2; 14]. Вартість утримання одного мешканця в БПП порівняна з витратами на перебування в інтернаті, однак потребує інших механізмів фінансування та розподілу коштів.

2. **Кадрове забезпечення.** Бракує підготовлених фахівців, які володіють методологією особистісно-орієнтованого підходу [32; 37]. Персонал, що приходить з інтернатів, часто зберігає патерналістські установки, що суперечить філософії підтриманого проживання.

3. **Інфраструктура.** Брак доступного та придатного житла, особливо в сільській місцевості. Проблеми з адаптацією приміщень згідно з принципами універсального дизайну [11].

4. **Суспільні установки.** Стигматизація осіб з інтелектуальними порушеннями, низький рівень інклюзивності громад, опір місцевих жителів створенню БПП у їхніх районах [40; 41].

5. **Методологічна база.** Відсутність єдиних стандартів роботи, апробованих українських методик оцінки потреб та результатів підтримки, системи моніторингу якості послуг [14; 32].

Позитивні практики та досягнення

Попри численні виклики, є позитивні приклади успішного функціонування БПП в Україні. Деякі заклади демонструють високу якість послуг та досягають значних результатів у соціальній адаптації мешканців [11; 32]. Мешканці таких будинків навчаються готувати їжу, прати, прибирати, робити покупки. Вони відвідують громадські заходи, користуються транспортом, деякі працюють на відкритому ринку праці.

Важливу роль у розвитку БПП відіграють громадські організації [11]. Багато з них не лише створюють та утримують власні будинки, а й проводять навчання

персоналу, розробляють методичні матеріали, здійснюють адвокацію на користь деінституціоналізації.

Перспективи розвитку

Державна стратегія передбачає створення до 2026 року системи послуг підтримки, яка забезпечить альтернативу інституційному догляду для всіх категорій осіб з інвалідністю [2]. Планується суттєве розширення мережі БПП, розробка стандартів надання послуг, впровадження системи підготовки та сертифікації персоналу.

Ключовими напрямками розвитку визначено [2; 14]: диверсифікацію моделей підтримки (від цілодобової до консультативної); розвиток денних центрів та служб супроводу; впровадження механізму персональних бюджетів; створення регіональних ресурсних центрів для методичної підтримки БПП.

Важливою передумовою успішної реалізації реформи є зміна суспільної свідомості, подолання стереотипів щодо можливостей осіб з інтелектуальними порушеннями [40; 41]. Необхідна систематична робота з формування інклюзивної культури на всіх рівнях – від локальних громад до державної політики.

Висновки до розділу 1

У першому розділі здійснено теоретичний аналіз проблеми соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання. Соціальну адаптацію визначено як багатовимірний процес взаємодії особистості з соціальним оточенням, що включає п'ять взаємопов'язаних компонентів: функціональну, комунікативну, емоційну, соціально-рольову та економічну адаптацію. Методологічною основою дослідження обрано інтеграцію п'яти теоретичних підходів: біопсихосоціальної моделі, соціально-екологічної теорії, методології соціальної інклюзії, теорії адаптивної поведінки [8] та особистісно-орієнтованого підходу.

Визначено внутрішні чинники соціальної адаптації (ступінь інтелектуального порушення, рівень адаптивної поведінки [8], емоційно-вольові характеристики, супутні порушення, попередній досвід соціалізації) та зовнішні

чинники (характеристики середовища, якість професійної підтримки, соціальні установки, доступність послуг, правова база). Особливу увагу приділено концепції адаптивної поведінки [8] AAIDD [8], що включає концептуальні, соціальні та практичні навички.

Проаналізовано концептуальні засади та міжнародний досвід організації будинків підтриманого проживання. БПП визначено як інноваційну модель організації життя, що базується на принципах деінституціоналізації, нормалізації та особистісно-орієнтованого підходу. Основними характеристиками БПП є: малі групи мешканців (3-6 осіб), розташування в громаді, індивідуалізований підхід, гнучка підтримка та розвиток самостійності. Міжнародний досвід (Скандинавія, Велика Британія, США, Канада, країни Центральної Європи) демонструє ефективність моделі підтриманого проживання за умови адекватного фінансування, підготовленого персоналу та підтримки громади.

Охарактеризовано стан розвитку БПП в Україні. Станом на 2024 рік функціонує близько 20 будинків, у яких проживає 141 особа, що становить менше 1% від загальної кількості осіб з інтелектуальними порушеннями в інтернатах (понад 23 000 осіб). Правову основу становлять Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, Національна стратегія реформування системи інституційного догляду на 2017-2026 роки та Постанова КМУ № 336 від 2019 року. Основними викликами визначено: недостатнє фінансування, брак кваліфікованого персоналу, проблеми з інфраструктурою, стигматизацію в громадах та відсутність єдиних стандартів роботи.

Обґрунтовано роль індивідуально-орієнтованих психологічних програм як ключового засобу розвитку соціальної адаптації в умовах БПП. ЮПП втілюють перехід від стандартизованого інституційного підходу до персоналізованої підтримки, що враховує унікальні потреби, можливості та цілі кожної особи. Ефективність програм залежить від комплексної оцінки потреб, індивідуального планування з участю мешканця, систематичної реалізації через доказові методи, постійного моніторингу прогресу та залучення мережі природної підтримки.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ МОЛОДІ З МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

2.1. Концептуальні основи індивідуально-орієнтованих психологічних програм

Індивідуально-орієнтовані психологічні програми (ІОПП) становлять методологічну основу сучасного підходу до соціальної підтримки осіб з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання. Ці програми ґрунтуються на визнанні унікальності кожної особи, її права на самовизначення та необхідності адаптації форм підтримки до індивідуальних потреб, можливостей та бажань.

Теоретичні підходи до розробки ІОПП

Індивідуально-орієнтовані програми базуються на інтеграції п'яти основних методологічних підходів, кожен з яких вносить специфічний внесок у розуміння процесу соціальної адаптації та визначає стратегії підтримки.

1. Біопсихосоціальна модель

Розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я біопсихосоціальна модель [12] (БПС) представляє комплексний підхід до розуміння здоров'я та функціонування людини. Згідно з Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ [12] [12]), стан здоров'я та інвалідність розглядаються як результат складної взаємодії між станом здоров'я особи (порушення функцій та структур організму), особистісними факторами та факторами довкілля.

У контексті ІОПП цей підхід означає, що при плануванні підтримки необхідно враховувати не лише медичні діагнози та функціональні обмеження (біологічний рівень), а й психологічні характеристики особи (мотивацію, емоційний стан, копінг-стратегії) та соціальне оточення (сімейна підтримка, доступність послуг, суспільні установки). Важливо, що модель не розглядає

інвалідність як характеристику особи, а як результат взаємодії між особою та середовищем.

Практичне застосування БПС моделі в ІОПП передбачає: комплексну оцінку функціонування особи у всіх сферах життя; врахування взаємовпливу різних компонентів здоров'я; модифікацію середовища для компенсації функціональних обмежень; фокус на активності та участі, а не лише на усуненні порушень.

2. Соціально-екологічна теорія [15]

Соціально-екологічна теорія [15], розроблена У. Бронфенбреннером, розглядає розвиток людини в контексті систем оточення різного рівня: мікросистема (безпосереднє оточення – сім'я, будинок підтриманого проживання), мезосистема (взаємодії між елементами мікросистеми), екзосистема (соціальні інститути, що опосередковано впливають на особу), макросистема (культурні цінності, законодавство, соціальна політика).

Для роботи в БПП цей підхід означає необхідність втручання на всіх рівнях системи: на рівні мікросистеми – створення підтримуючого середовища в самому будинку, розвиток навичок мешканців; на рівні мезосистеми – налагодження зв'язків між БПП, сім'ями мешканців, громадськими організаціями, службами зайнятості; на рівні екзосистеми – адвокація доступності громадських просторів, транспорту, послуг; на рівні макросистеми – участь у формуванні політики щодо осіб з інвалідністю.

3. Методологія соціальної інклюзії

Соціальна інклюзія передбачає не просто фізичну присутність особи в громаді, а її повноцінну участь у соціальному, економічному, культурному житті. Методологія інклюзії базується на принципах рівності можливостей, недискримінації, універсального дизайну та розумного пристосування.

В контексті ІОПП інклюзивний підхід означає орієнтацію на участь мешканців у звичайному житті громади, а не створення паралельного «спеціального» світу. Це передбачає: підтримку в користуванні загальними (а не спеціалізованими) послугами та закладами; розвиток природних зв'язків з сусідами,

колегами, однодумцями; участь у типових для віку та культури видах діяльності; можливість виконання соціально значущих ролей (працівника, волонтера, друга).

4. Теорія адаптивної поведінки [8]

Згідно з визначенням Американської асоціації з інтелектуальних та розвиткових порушень, адаптивна поведінка є сукупністю концептуальних, соціальних та практичних навичок, які люди засвоюють для функціонування в повсякденному житті. Ця концепція є центральною для розуміння потреб у підтримці осіб з інтелектуальними порушеннями.

Концептуальні навички включають мовлення, читання, письмо, розуміння грошей, часу, чисел. Соціальні навички охоплюють міжособистісні стосунки, соціальну відповідальність, дотримання правил, уникнення віктимізації, здатність слідувати розпорядку. Практичні навички стосуються особистої опіки (їжа, одяг, гігієна), ведення господарства, користування грошима, транспортом, дотримання безпеки.

ІОПП мають бути спрямовані на систематичний розвиток усіх компонентів адаптивної поведінки [8] з урахуванням індивідуального профілю сильних та слабких сторін кожного мешканця.

5. Особистісно-орієнтований підхід [18]

Особистісно-орієнтований підхід [18] (Person-Centered Approach), розроблений К. Роджерс [18]ом та адаптований для роботи з особами з інвалідністю, ставить у центр уваги самої людини, її бажання, мрії, цінності. Цей підхід базується на визнанні гідності кожної особи, права на самовизначення та унікальності життєвого шляху.

Ключові принципи особистісно-орієнтованого підходу в контексті ІОПП:

- **Вибір та контроль** – особа сама визначає цілі та пріоритети підтримки, робить вибір у повсякденному житті
- **Гнучкість підтримки** – послуги адаптуються до потреб особи, а не навпаки
- **Фокус на сильних сторонах** – увага зосереджена на можливостях, а не обмеженнях

- **Участь у прийнятті рішень** – особа та її близькі залучені до всіх рішень, що стосуються її життя

Структура індивідуально-орієнтованої програми

Типова ІОПП включає кілька взаємопов'язаних компонентів, які забезпечують комплексний підхід до підтримки мешканця БПП.

1. Комплексна оцінка потреб та можливостей

Перший етап розробки ІОПП передбачає всебічне вивчення особи. Це включає: оцінку рівня адаптивної поведінки [8] (концептуальних, соціальних, практичних навичок); визначення індивідуального профілю когнітивного функціонування; аналіз комунікативних можливостей; оцінку емоційного стану та психологічного благополуччя; вивчення інтересів, уподобань, мотивації; аналіз соціальних зв'язків та підтримки.

Важливо, що оцінка проводиться не одноразово, а є постійним процесом моніторингу динаміки розвитку особи. Використовуються як стандартизовані інструменти оцінки, так і якісні методи (спостереження, інтерв'ю з особою та її близькими, аналіз продуктів діяльності).

2. Індивідуальний план підтримки

На основі комплексної оцінки розробляється індивідуальний план підтримки (ІПП), який є центральним документом ІОПП. План включає:

1. Довгострокові цілі (на 1-2 роки) – загальні напрями розвитку особи, сформульовані з її участю
2. Короткострокові завдання (на 3-6 місяців) – конкретні, вимірювані кроки до досягнення цілей
3. Методи та стратегії втручання – конкретні техніки, які використовуватимуться для досягнення завдань
4. Розподіл відповідальності – хто з членів команди підтримки відповідає за кожний напрям роботи
5. Критерії оцінки прогресу – показники, за якими відслідковуватиметься досягнення завдань

6. Терміни перегляду – регулярні інтервали для оцінки та коригування плану

Важливо, що ІПП розробляється не для особи, а з особою. Мешканець є активним учасником планування, висловлює свої бажання, вибирає пріоритети. Якщо особа має обмежені можливості вербальної комунікації, використовуються альтернативні форми залучення (зображення, спрощена мова, підтримка від близьких людей).

3. Реалізація плану через систематичне навчання та підтримку

Реалізація ІОПП передбачає використання доказових методів навчання та підтримки. Основними стратегіями є:

Моделювання та демонстрація – персонал демонструє бажану поведінку або навичку, яку має засвоїти мешканець.

Поетапне навчання – складна навичка розбивається на послідовність простих кроків, кожний з яких відпрацьовується окремо.

Позитивне підкріплення – успішні дії заохочуються, що збільшує ймовірність їх повторення.

Природні наслідки – особа навчається через досвід реальних, а не штучних наслідків своїх дій.

Поступове зменшення підтримки – з набуттям навички обсяг допомоги послідовно скорочується до мінімально необхідного.

4. Моніторинг та оцінка прогресу

Систематичний моніторинг є невід'ємною частиною ІОПП. Використовуються як стандартизовані інструменти оцінки (шкали адаптивної поведінки [8], опитувальники), так і якісні методи спостереження. Збираються дані про:

- Частоту демонстрації цільових навичок
- Якість виконання завдань
- Рівень необхідної підтримки
- Узагальнення навичок на нові ситуації
- Задоволеність мешканця

Регулярні зустрічі команди (зазвичай раз на 3-6 місяців) присвячені аналізу прогресу та, за необхідності, коригуванню плану. Якщо завдання досягнуті – встановлюються нові; якщо прогрес недостатній – аналізуються причини та вносяться зміни у стратегії втручання.

5. Залучення мережі підтримки

ІОПП передбачає роботу не лише з самим мешканцем, а й з його ширшою мережею підтримки. Це включає:

- Залучення сім'ї (за бажанням мешканця) до планування та реалізації підтримки
- Розвиток природних зв'язків у громаді (сусіди, волонтери, колеги)
- Координацію з іншими службами (соціальними, медичними, освітніми, службами зайнятості)
- Розбудову неформальних зв'язків підтримки через участь у громадських організаціях, гуртках за інтересами

Висновки до підрозділу 2.1

Індивідуально-орієнтовані психологічні програми представляють комплексний методологічний підхід до соціальної адаптації осіб з ментальними порушеннями. Вони інтегрують п'ять теоретичних підходів – біопсихосоціальну модель, соціально-екологічну теорію, методологію соціальної інклюзії, теорію адаптивної поведінки [8] та особистісно-орієнтований підхід [18]. Структура ІОПП включає комплексну оцінку, індивідуальне планування, систематичну реалізацію через доказові методи навчання, постійний моніторинг та залучення мережі підтримки. Цей підхід забезпечує баланс між стандартизацією процесу та гнучкістю у відповіді на унікальні потреби кожної особи.

2.2. Дизайн дослідження: змішана методологія

Для досягнення мети дослідження – комплексного вивчення особливостей використання індивідуально-орієнтованих програм як засобу соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями – було обрано дизайн змішаного методу

(mixed methods research design). Цей підхід передбачає інтеграцію кількісних та якісних методів збору та аналізу даних у межах одного дослідження.

Обґрунтування вибору змішаної методології [19]

Вибір змішаного методу зумовлений низкою чинників, що відображають специфіку предмета дослідження та складність досліджуваного явища.

По-перше, комплексність феномену соціальної адаптації. Соціальна адаптація є багатовимірним конструктом, що включає об'єктивні показники (рівень розвитку адаптивних навичок, частота участі в громадському житті) та суб'єктивні переживання (самооцінка, задоволеність життям, відчуття власної компетентності). Кількісні методи дозволяють виміряти та порівняти об'єктивні параметри, тоді як якісні – глибше зрозуміти суб'єктивний досвід мешканців БПП.

По-друге, необхідність тріангуляції [37] [37] даних. Поєднання даних самозвіту мешканців (через стандартизовані опитувальники) з експертними оцінками персоналу та якісним аналізом індивідуальних випадків дозволяє отримати більш валідну та повну картину процесів адаптації. Це особливо важливо при роботі з особами з інтелектуальними порушеннями, чії самооцінки можуть бути обмежені когнітивними особливостями.

По-третє, практична орієнтованість дослідження. Кількісні дані надають можливість виявити статистичні закономірності та кореляції між різними аспектами соціальної адаптації, що важливо для формулювання загальних рекомендацій. Водночас якісний аналіз конкретних випадків дозволяє зрозуміти механізми впливу ІОПП та отримати практичні інсайти щодо ефективних стратегій підтримки.

Тип дизайну змішаного методу

У даному дослідженні використано конвергентний паралельний дизайн (convergent parallel design). При цьому підході кількісні та якісні дані збираються одночасно, аналізуються незалежно, після чого результати інтегруються на етапі інтерпретації для отримання цілісного розуміння досліджуваного явища.

Структура дослідження:

Кількісний компонент включає:

1. Вторинний аналіз даних проєкту Mental Health for Ukraine [5] (МН4U [5]) щодо стану та характеристик будинків підтриманого проживання в Україні
2. Опитування мешканців БПП з використанням стандартизованих методик: Шкала самооцінки Розенберга [32], Індекс задоволеності життям [33] (LSIA [33]), Шкала комунікативного контролю Шнайдера [34]
3. Експертна оцінка персоналом рівня соціальної адаптації мешканців через структурований опитувальник
4. Статистичний аналіз зібраних даних (дескриптивна статистика, кореляційний аналіз, порівняльний аналіз)

Якісний компонент включає:

1. Аналіз документації (індивідуальних планів підтримки, звітів про прогрес мешканців)
2. Глибинні інтерв'ю з персоналом БПП про досвід реалізації індивідуально-орієнтованих програм
3. Кейс-стаді (аналіз 3-5 детальних випадків, що ілюструють різні траєкторії адаптації)

Інтеграція даних відбувається на етапі інтерпретації результатів. Кількісні дані надають загальну картину рівня соціальної адаптації мешканців БПП, кореляцій між різними її показниками, розбіжностей між самооцінками та експертними оцінками. Якісні дані допомагають пояснити виявлені закономірності, проілюструвати конкретними прикладами, зрозуміти контекст та механізми впливу ІОПП на адаптацію.

Етапи проведення дослідження

Дослідження проводилося у період з вересня по жовтень 2025 року та включало такі етапи:

Підготовчий етап (серпень 2025): узгодження доступу до БПП, отримання етичних дозволів, адаптація інструментарію, підготовка команди дослідників.

Етап збору даних (вересень-жовтень 2025): одночасне проведення опитування мешканців та персоналу, збір документації для аналізу.

Етап аналізу (листопад 2025): статистична обробка кількісних даних, якісний аналіз документації та інтерв'ю.

Етап інтерпретації та узагальнення (листопад-грудень 2025): інтеграція кількісних та якісних даних, формулювання висновків та рекомендацій.

2.3. Характеристика вибірки та процедура дослідження

Формування вибірки дослідження здійснювалося з дотриманням принципів репрезентативності, доступності та етичності. Враховуючи обмежену кількість будинків підтриманого проживання в Україні та специфіку цільової групи, було використано метод цілеспрямованого вибору (purposive sampling) з елементами вибірки за критеріями.

Вибірка 1: Мешканці будинків підтриманого проживання

Загальна характеристика. До дослідження було залучено 28 мешканців будинків підтриманого проживання з чотирьох міст України: Львова (n=10), Києва (n=8), Чернівців (n=6) та Житомира (n=4). Це становить приблизно 20% від загальної кількості мешканців БПП для осіб з інтелектуальними порушеннями в цих регіонах.

Критерії включення:

- Вік від 18 до 35 років (молодий дорослий вік згідно з класифікацією ВООЗ)
- Діагноз інтелектуального порушення (легкого або помірного ступеня згідно з МКХ-11)
- Проживання в БПП не менше 6 місяців (для забезпечення адаптації до середовища)
- Наявність індивідуального плану підтримки
- Здатність до базової вербальної комунікації (розуміння інструкцій, відповідь на прості запитання)
- Інформована згода на участь у дослідженні (особиста або через законного представника)

Критерії виключення:

- Важкий або глибокий ступінь інтелектуального порушення (через неможливість заповнення опитувальників)
- Гострі психіатричні стани або неконтрольовані поведінкові порушення на момент дослідження
- Відсутність згоди на участь

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики мешканців БПП (n=28)

Характеристика	Показник	Частота (n) / %
Стать	Чоловіки Жінки	16 (57,1%) 12 (42,9%)
Вік	M=25,4; SD=4,8 Діапазон: 19-34 роки	—
Ступінь інтел. порушення	Легкий Помірний	19 (67,9%) 9 (32,1%)
Тривалість проживання в БПП	M=18,7 місяців SD=11,3 Діапазон: 6-42 міс.	—
Попереднє місце проживання	Психоневрологічний інтернат Сім'я Дитячий будинок-інтернат	11 (39,3%) 9 (32,1%) 8 (28,6%)

Як видно з таблиці 2.1, вибірку характеризує переважання чоловіків (57,1%), що відповідає загальній тенденції більшої представленості чоловіків серед осіб з інтелектуальними порушеннями в інституціях. Середній вік респондентів становить 25,4 роки, що відповідає критерію включення молодих дорослих. Більшість респондентів (67,9%) мають легкий ступінь інтелектуального порушення, що забезпечує можливість самостійного заповнення опитувальників з мінімальною підтримкою.

Важливою характеристикою є попереднє місце проживання респондентів. Значна частина (39,3%) переїхала до БПП з психоневрологічних інтернатів, що дозволяє говорити про процес деінституціоналізації. Третина (32,1%) прийшли з

сімей, а решта (28,6%) – з дитячих будинків-інтернатів після досягнення повноліття. Ця різноманітність попереднього досвіду створює можливість для аналізу різних траєкторій адаптації.

Вибірка 2: Персонал будинків підтриманого проживання

Загальна характеристика. До дослідження було залучено 18 фахівців, які працюють у тих самих БПП, що і мешканці з основної вибірки.

Критерії включення:

Робота в БПП не менше 6 місяців

Безпосередня участь у реалізації індивідуальних планів підтримки

Згода на участь у дослідженні

Таблиця 2.2

Характеристики персоналу БПП (n=18)

Характеристика	Категорія	n	%
Посада	Асистент мешканця	11	61,1
	Координатор БПП	5	27,8
	Психолог	2	11,1
Освіта	Вища (психологія, соціальна робота, педагогіка)	14	77,8
	Середня спеціальна	4	22,2
Досвід роботи в БПП (років)	M±SD	2,3±1,4	
	Діапазон	0,7-5,0	
Стать	Жінки	15	83,3
	Чоловіки	3	16,7
Вік (років)	M±SD	34,6±8,2	
	Діапазон	24-52	
Географічний розподіл	Львів	6	33,3
	Київ	5	27,8
	Чернівці	4	22,2
	Житомир	3	16,7

Більшість персоналу становлять асистенти мешканців (61,1%) – фахівці, які забезпечують щоденну підтримку в усіх сферах життя. Координатори БПП (27,8%) відповідають за загальну організацію роботи, координацію з зовнішніми службами та методичну підтримку асистентів. Психологи (11,1%) забезпечують психологічну підтримку мешканців та супервізію персоналу.

Переважна більшість (77,8%) має вищу освіту за спеціальностями, релевантними до роботи з людьми з особливими потребами (психологія, соціальна робота, спеціальна педагогіка). Середній досвід роботи в БПП становить 2,3 роки, що відображає відносну новизну цього напрямку в Україні – більшість БПП функціонують менше 5 років.

Гендерний розподіл персоналу (83,3% жінок) типовий для сфери соціального догляду. Середній вік працівників – 34,6 років, що вказує на достатню зрілість та, водночас, відкритість до нових підходів.

Процедура рекрутингу учасників

Процес залучення учасників до дослідження відбувався в чотири етапи:

Етап 1. Встановлення контактів з БПП (серпень 2025)

Початковий контакт з БПП здійснювався через мережу громадських організацій, що працюють у сфері прав осіб з інвалідністю, а також через професійні зв'язки у сфері психології та соціальної роботи. Керівництву потенційних БПП-учасників були надіслані офіційні листи з описом дослідження, його мети, методів та очікуваної користі.

Було проведено презентації дослідження для керівництва та персоналу чотирьох БПП у Львові, Києві, Чернівцях та Житомирі. Усі чотири БПП погодилися на участь, надавши письмові дозволи від керівництва.

Етап 2. Інформування потенційних учасників (серпень-вересень 2025)

Координатори БПП проінформували мешканців про дослідження у доступній формі на загальних зборах та індивідуальних бесідах. Було підкреслено добровільність участі та відсутність будь-яких наслідків у разі відмови.

Персоналу була надана письмова інформація про дослідження з описом їх ролі та очікуваних витрат часу.

Етап 3. Отримання інформованої згоди (вересень 2025)

Для мешканців:

Дослідник проводив індивідуальні бесіди з кожним потенційним учасником, пояснюючи мету дослідження, процедури, можливі ризики та користь.

Використовувалися форми згоди, написані простою мовою з додаванням піктограм для кращого розуміння.

Для осіб з легким ступенем інтелектуального порушення, які здатні розуміти суть дослідження, отримувалася їх особиста письмова згода.

Для осіб з помірним ступенем порушення, які мають обмежене розуміння, отримувалася як їх усна згода (після пояснення доступною мовою), так і письмова згода від законного представника (опікуна).

Для персоналу:

Надавалася письмова інформація про дослідження та форма згоди. Підкреслювалася конфіденційність відповідей та використання даних виключно в узагальненому вигляді.

Етап 4. Скринінг та фінальне формування вибірки (вересень 2025)

З 32 мешканців, які виявили зацікавленість участю, 4 були виключені за критеріями (2 – через важкий ступінь інтелектуального порушення, 1 – через тривалість проживання менше 6 місяців, 1 – відмовився після роз'яснення процедур). Таким чином, до дослідження увійшли 28 мешканців.

З 20 працівників, яким було запропоновано участь, 2 відмовилися через брак часу. Фінальна вибірка персоналу склала 18 осіб.

Етичні аспекти дослідження

Проведення дослідження з участю осіб з інтелектуальними порушеннями потребує особливої уваги до етичних питань, оскільки ця група належить до вразливих популяцій.

1. Принцип поваги до автономії

Хоча особи з інтелектуальними порушеннями можуть мати обмежену здатність до абстрактного мислення, вони здатні висловлювати свої переваги щодо участі в дослідженні. Було забезпечено:

Інформування в доступній формі (проста мова, повторення, використання прикладів)

Достатній час для обдумування рішення (мінімум 3 дні між інформуванням та підписанням згоди)

Право відмовитися або припинити участь у будь-який момент без пояснення причин

Незалежність рішення про участь від отримання послуг у БПП

2. Принцип нешкодження (non-maleficence)

Для мінімізації можливого дискомфорту:

Опитування проводилися в знайомому мешканцям середовищі (у їхньому БПП)

Сесії обмежувалися 45 хвилинами з можливістю перерв

При ознаках втоми або стресу сесія припинялася

Питання формулювалися м'яко, уникалися теми, що можуть викликати негативні емоції

У разі виникнення емоційного дистресу мешканець міг отримати психологічну підтримку від штатного психолога БПП

3. Принцип конфіденційності

Для захисту приватності учасників:

Усі дані були деідентифіковані (присвоєні кодові номери замість імен)

Форми згоди зберігалися окремо від даних дослідження

У звітах та публікаціях використовуються лише узагальнені дані, що не дозволяють ідентифікувати конкретних осіб

Доступ до даних мали лише дослідник та науковий керівник

Паперові документи та електронні носії зберігаються в умовах, що виключають доступ третіх осіб

4. Принцип справедливості

Критерії відбору учасників базувалися виключно на релевантності до мети дослідження, а не на зручності чи вразливості

Усі учасники отримували однакові умови участі

Не було вибіркового включення лише "успішних" випадків для покращення результатів

5. Принцип взаємності (reciprocity)

Хоча дослідження не передбачало прямої користі для учасників, було забезпечено:

Зворотний зв'язок: результати дослідження будуть представлені мешканцям БПП у доступній формі

Рекомендації для покращення практики БПП будуть надані керівництву

У разі виявлення проблем з окремими мешканцями – інформування персоналу (зі згоди мешканця)

Всі процедури дослідження відповідають етичним принципам роботи з вразливими групами населення, викладеним у Гельсінській декларації та рекомендаціях Американської психологічної асоціації (АРА). Керівництво кожного з БПП надало дозвіл на проведення дослідження після ознайомлення з його метою та процедурами.

2.4. Методи збору даних

Для комплексного вивчення особливостей соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання було використано шість методів збору даних, які доповнюють один одного та забезпечують триангуляцію інформації.

2.4.1. Вторинний аналіз даних Mental Health for Ukraine (МН4U)

Характеристика джерела даних. Mental Health for Ukraine [5] (МН4U [5]) – це міжнародний проєкт, ініційований у 2022 році консорціумом європейських університетів та організацій за підтримки Європейської комісії, який має на меті вивчення стану психічного здоров'я та соціальної підтримки в Україні. У рамках проєкту здійснюється систематичний збір даних про різні аспекти системи психічного здоров'я, включаючи альтернативні форми інституційного догляду, зокрема будинки підтриманого проживання.

Використані дані. Для цього дослідження було проаналізовано дані МН4U щодо:

- Загальної кількості та географічного розташування БПП в Україні (станом на 2024-2025 рр.)
- Кількості мешканців БПП в розрізі регіонів
- Основних характеристик мешканців (вік, стать, діагнози, попереднє місце проживання)
- Типології БПП (перехідні/постійні, кількість місць, форми управління)
- Основних викликів та бар'єрів у функціонуванні БПП

Процедура аналізу. Вторинний аналіз передбачав:

1. Систематизацію наявних статистичних даних про БПП
2. Порівняння показників різних регіонів (Львівська, Київська, Чернівецька, Житомирська області)
3. Виявлення загальних тенденцій та особливостей розвитку системи підтриманого проживання в Україні
4. Контекстуалізацію емпіричних даних власного дослідження в ширшому національному контексті

Обмеження методу. Вторинний аналіз має певні обмеження: дані зібрані не для цілей конкретного дослідження, можлива неповнота або застарілість інформації, обмежена можливість перевірки якості первинних даних. Однак використання даних МН4У [5] дозволяє порівняти вибірку дослідження з більш широкою популяцією мешканців БПП та оцінити її репрезентативність.

2.4.2. Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES)

Загальна характеристика методики. Шкала самооцінки Розенберга [32] є одним з найпоширеніших інструментів вимірювання глобальної самооцінки. Методика була розроблена американським соціологом Морісом Розенбергом у 1965 році і відтоді використовується у тисячах досліджень по всьому світу. Шкала призначена для оцінки загального ставлення людини до себе, ступеня її самоповаги та самоприйняття.

Структура методики. RSES [32] складається з 10 тверджень, які респондент оцінює за 4-бальною шкалою Лайкерта: 1 – абсолютно не згоден, 2 – не згоден, 3 – згоден, 4 – абсолютно згоден. П'ять тверджень сформульовані позитивно (наприклад, "Я відчуваю, що маю низку хороших якостей"), п'ять – негативно (наприклад, "Часом я відчуваю себе абсолютно нікчемним"). Негативні твердження підлягають зворотному кодуванню.

Приклади тверджень зі шкали:

- "Я ставлюся до себе позитивно"
- "Я відчуваю, що маю низку хороших якостей"
- "Загалом, я схильний відчувати себе невдахою" (зворотне кодування)
- "Я здатний робити речі так само добре, як більшість інших людей"
- "Мені здається, що мені немає чим пишатися" (зворотне кодування)

Підрахунок балів та інтерпретація. Загальний бал обчислюється як сума балів за всіма 10 пунктами (після зворотного кодування негативних тверджень) і може варіюватися від 10 до 40 балів. Вищі бали свідчать про вищу самооцінку:

- 10-20 балів – низька самооцінка
- 21-30 балів – середня самооцінка
- 31-40 балів – висока самооцінка

Психометричні властивості. Шкала Розенберга демонструє високу внутрішню узгодженість (α Кронбаха зазвичай у діапазоні 0,77-0,88) та стабільність при повторному тестуванні. Методика валідизована для використання у різних культурних контекстах, включаючи україномовну популяцію.

Особливості використання з особами з інтелектуальними порушеннями. Хоча RSES [32] спочатку розроблялася для загальної популяції, дослідження показують, що вона може бути використана з особами з легким та помірним ступенем інтелектуального порушення за умови адаптації процедури проведення. Дослідження Davis et al. (2009) та корейське дослідження на 223 особах з

інтелектуальними порушеннями (2019) підтвердили прийнятні психометричні властивості шкали для цієї популяції.

Процедура проведення в даному дослідженні. З огляду на когнітивні особливості респондентів, було внесено такі адаптації:

1. Індивідуальне проведення з кожним мешканцем (не групове)
2. Усне зачитування кожного твердження дослідником
3. Використання візуальної підтримки (карток зі смайликами для позначення рівня згоди)
4. Повторне прочитання твердження при необхідності
5. Перевірка розуміння через перефразування твердження простішою мовою
6. Можливість робити перерви при ознаках втоми

Середня тривалість заповнення – 15-20 хвилин.

Обґрунтування вибору методики. Самооцінка є ключовим показником психологічного благополуччя та соціальної адаптації. Для осіб з інтелектуальними порушеннями, які часто стикаються з негативними соціальними установками та обмеженими можливостями, розвиток позитивної самооцінки є особливо важливим завданням індивідуально-орієнтованих програм. RSES [32] дозволяє оцінити, наскільки успішно БПП та ЮПП сприяють формуванню позитивного образу Я у мешканців.

2.4.3. Індекс задоволеності життям (Life Satisfaction Index A, LSIA)

Загальна характеристика методики. Індекс задоволеності життям [33] (LSIA [33]) був розроблений Бернардом Нойгартеном [33] та його колегами в 1961 році для вимірювання суб'єктивного відчуття задоволеності життям. Методика базується на п'яти компонентах психологічного благополуччя: ентузіазм (інтерес до життя), рішучість і стійкість, співпадіння між бажаними і досягнутими цілями, позитивна самооцінка та загальний оптимістичний настрій.

Структура методики. LSIA містить 20 тверджень, на які респондент відповідає "згоден" або "не згоден". Твердження охоплюють різні аспекти життя та загального психологічного стану:

Приклади тверджень:

- "З віком все здається краще, ніж я очікував раніше"
- "Це найкращі роки мого життя"
- "Більшість справ, які я роблю, нудні або одноманітні" (зворотне кодування)
- "Я очікую, що в майбутньому зі мною станеться щось цікаве та приємне"
- "Моє життя могло б бути щасливішим, ніж воно є" (зворотне кодування)

Підрахунок балів та інтерпретація. За кожну відповідь, що свідчить про задоволеність, нараховується 1 бал. Загальний діапазон – від 0 до 20 балів:

- 0-10 балів – низький рівень задоволеності життям
- 11-15 балів – середній рівень задоволеності життям
- 16-20 балів – високий рівень задоволеності життям

Методика також дозволяє аналізувати окремі компоненти:

1. **Ентузіазм** (інтерес до життя, залученість у діяльність)
2. **Рішучість** (відчуття досягнення цілей, самореалізація)
3. **Конгруентність** (співпадіння бажань і реальності)
4. **Позитивна самооцінка** (ставлення до себе, прийняття себе)
5. **Загальний тон настрою** (оптимізм vs песимізм)

Психометричні властивості. LSIA [33] демонструє задовільну внутрішню узгодженість (α Кронбаха 0,70-0,79) та кореляції з іншими показниками суб'єктивного благополуччя. Методика широко використовується у геронтологічних дослідженнях, але також застосовується для вивчення якості життя різних груп населення, включаючи осіб з інвалідністю.

Процедура проведення в даному дослідженні. Аналогічно до RSES [32], проведення LSIA [33] було адаптовано:

1. Індивідуальний формат
2. Усне зачитування кожного твердження
3. Спрощення формулювань при необхідності (наприклад, "найпохмуріший період" пояснювалося як "найгірший, найсумніший час")
4. Використання бінарного формату відповідей (згоден/не згоден) замість шкали Лайкерта, що спрощує для респондентів з когнітивними обмеженнями
5. Візуальна підтримка (картки "так/ні", "посмішка/сумний смайлик")

Середня тривалість заповнення – 15-20 хвилин.

Обґрунтування вибору методики. Задоволеність життям є інтегральним показником успішності соціальної адаптації. Для мешканців БПП, багато з яких переїхали з інституцій або проблемних сімейних умов, зміна якості життя та суб'єктивного благополуччя є одним з ключових очікуваних результатів. LSIA [33] дозволяє оцінити, наскільки життя в БПП відповідає потребам та очікуванням мешканців, чи відчують вони себе щасливими та задоволеними.

2.4.4. Діагностика комунікативного контролю (М. Шнайдер)

Загальна характеристика методики. Методика діагностики комунікативного контролю М. Шнайдера призначена для вивчення рівня комунікативного контролю особистості. Комунікативний контроль розуміється як здатність людини регулювати свою поведінку в процесі спілкування, адаптуватися до різних співрозмовників та ситуацій, контролювати емоційні прояви. Ця здатність є критично важливою для успішної соціальної адаптації та інтеграції в громаду.

Теоретична основа. Концепція комунікативного контролю базується на ідеї самомоніторингу в міжособистісній взаємодії. Високий комунікативний контроль означає гнучкість у спілкуванні, вміння "читати" соціальні ситуації та відповідно коригувати свою поведінку. Низький комунікативний контроль характеризується спонтанністю, меншою адаптивністю, але більшою автентичністю в спілкуванні.

Структура методики. Опитувальник складається з 10 тверджень, що описують різні ситуації спілкування. Респондент відповідає "так" або "ні" на кожне твердження.

Приклади тверджень:

- "Мені здається важким наслідувати інших людей"
- "Я можу захищати тільки ті ідеї, в які сам вірю"
- "Я можу робити враження, що мені весело, навіть якщо мені погано"
- "В компанії я віддаю ініціативу іншим в організації розваг"
- "Мені важко говорити неправду навіть з добрими намірами"
- "Я рідко стаю центром уваги компанії"

Підрахунок балів та інтерпретація. За кожну відповідь, що свідчить про високий комунікативний контроль, нараховується 1 бал. Загальний діапазон – від 0 до 10 балів:

- **0-3 бали – низький комунікативний контроль.** Така людина поводить себе спонтанно, не завжди враховує особливості ситуації спілкування, демонструє високу стабільність поведінки незалежно від обставин. Поведінка стійка, але може бути недостатньо гнучкою в різних соціальних контекстах.
- **4-6 балів – середній комунікативний контроль.** Оптимальний рівень, що поєднує щирість та природність у спілкуванні з достатньою гнучкістю. Людина здатна адаптуватися до ситуації, але залишається собою.
- **7-10 балів – високий комунікативний контроль.** Така людина дуже гнучка в спілкуванні, легко адаптується до різних співрозмовників та ситуацій, добре контролює емоційні прояви. Однак надмірно високий контроль може свідчити про труднощі з автентичною самопрезентацією або надмірну орієнтацію на соціальні очікування.

Психометричні властивості. Методика демонструє прийнятну надійність (ретестова кореляція $r=0,72-0,78$) та конвергентну валідність з іншими показниками соціальної компетентності. Хоча методика розроблена для загальної популяції, її

використання з особами з інтелектуальними порушеннями є виправданим, оскільки комунікативні навички є ключовою сферою адаптивної поведінки [8].

Процедура проведення в даному дослідженні. З урахуванням особливостей респондентів:

1. Індивідуальне проведення
2. Усне зачитування кожного твердження
3. Обговорення конкретних прикладів ситуацій для кращого розуміння (наприклад, "Уяви, що ти в магазині і щось хочеш купити...")
4. Можливість перефразувати складні формулювання
5. Використання візуальних карток "так/ні"

Середня тривалість заповнення – 10-15 хвилин.

Обґрунтування вибору методики. Комунікативна компетентність є одним з найважливіших аспектів соціальної адаптації для осіб з ментальними порушеннями. Здатність ефективно спілкуватися з іншими людьми, розуміти соціальні ситуації та адекватно на них реагувати критично важлива для успішного життя в громаді. Індивідуально-орієнтовані програми в БПП спрямовані на розвиток саме таких навичок. Методика Шнайдера дозволяє оцінити рівень розвитку комунікативного контролю як показника соціальної адаптації.

2.4.5. Авторський опитувальник для фахівців БПП

Мета розробки. Оскільки стандартизованих інструментів для оцінки роботи персоналу в українських будинках підтриманого проживання не існує, було розроблено спеціальний структурований опитувальник для фахівців. Мета опитувальника – отримати експертну оцінку рівня соціальної адаптації мешканців, особливостей реалізації індивідуально-орієнтованих програм та виявити бар'єри і ресурси в роботі БПП.

Структура опитувальника. Опитувальник складається з чотирьох блоків:

Блок 1. Соціально-демографічні характеристики респондента (5 питань):

- Посада
- Освіта

- Стаж роботи в БПП
- Попередній досвід роботи з особами з інвалідністю
- Проходження спеціалізованого навчання з підтриманого проживання

Блок 2. Оцінка соціальної адаптації мешканців (12 питань): Для кожного мешканця, з яким працює фахівець (від 2 до 5 осіб), надається оцінка за 5-бальною шкалою в таких сферах:

- Навички самообслуговування (особиста гігієна, одягання, харчування)
- Навички ведення домашнього господарства (прибирання, приготування їжі, прання)
- Комунікативні навички (здатність спілкуватися з іншими, виражати потреби)
- Соціальні навички (дотримання соціальних норм, розуміння меж у спілкуванні)
- Участь у громадському житті (відвідування магазинів, культурних заходів, громадських місць)
- Навички використання грошей (розуміння вартості, здійснення покупок)
- Здатність приймати рішення (вибір одягу, їжі, дозвілля)
- Емоційна саморегуляція (контроль емоцій, реакція на стрес)
- Соціальні зв'язки (наявність друзів, контакти з родиною)
- Загальний рівень самостійності

Для кожної сфери використовується шкала: 1 – потребує постійної повної підтримки 2 – потребує значної підтримки 3 – потребує помірної підтримки 4 – потребує мінімальної підтримки 5 – повністю самостійний

Блок 3. Особливості реалізації індивідуально-орієнтованих програм (8 питань):

- Частота перегляду індивідуальних планів підтримки
- Ступінь залучення мешканця до планування (шкала 1-5)

- Основні методи навчання, що використовуються
- Типові цілі в індивідуальних планах
- Виклики в реалізації планів
- Успішні стратегії підтримки
- Залучення родини мешканця (так/ні, частота)
- Координація з іншими службами (медичні, освітні, служби зайнятості)

Блок 4. Оцінка ресурсів та бар'єрів (6 питань):

- Достатність матеріальних ресурсів (приміщення, обладнання) – шкала 1-5
- Достатність кадрових ресурсів – шкала 1-5
- Рівень підготовки персоналу – шкала 1-5
- Основні бар'єри в роботі (відкрите питання)
- Пропозиції щодо покращення роботи БПП (відкрите питання)
- Загальна оцінка ефективності БПП у сприянні соціальній адаптації мешканців – шкала 1-5

Процедура проведення. Опитувальник надавався фахівцям у електронному вигляді (Google Forms) з можливістю заповнення протягом тижня. Середній час заповнення – 30-40 хвилин. Анонімність не гарантувалася через малу кількість персоналу, проте респондентів запевнили, що результати будуть представлені лише в узагальненому вигляді без можливості ідентифікації конкретних відповідей.

Обробка даних. Кількісні дані (шкальні оцінки) піддавалися статистичній обробці з обчисленням середніх значень, стандартних відхилень, кореляцій. Відповіді на відкриті питання аналізувалися якісно методом контент-аналізу з виділенням основних тематичних категорій.

Обґрунтування методу. Експертна оцінка персоналу є важливим доповненням до самооцінки мешканців. Фахівці, які щоденно працюють з мешканцями, мають можливість спостерігати їх поведінку в різних ситуаціях, відслідковувати динаміку розвитку навичок. Це особливо важливо для осіб з

інтелектуальними порушеннями, чії самооцінки можуть бути обмеженими або викривленими через когнітивні особливості.

2.4.6. Метод кейс-стаді (аналіз випадків)

Загальна характеристика методу. Кейс-стаді (case study) – це якісний метод дослідження, що передбачає детальний, поглиблений аналіз окремих випадків. У контексті даного дослідження кейс-стаді використовується для глибокого вивчення траєкторій соціальної адаптації окремих мешканців БПП, що дозволяє зрозуміти механізми впливу індивідуально-орієнтованих програм.

Критерії відбору випадків. Для детального аналізу було обрано 4 випадки, які представляють різні типи траєкторій адаптації:

Випадок 1 (високий рівень прогресу): Мешканець, який демонструє значний прогрес у соціальній адаптації порівняно з початковим рівнем. Критерії: помітне зростання самостійності, розширення соціальних зв'язків, висока задоволеність життям.

Випадок 2 (помірний прогрес): Мешканець з поступовим, але стабільним розвитком адаптивних навичок. Критерії: помірні зміни в рівні самостійності, стабільна задоволеність, типова динаміка розвитку.

Випадок 3 (складна адаптація): Мешканець, адаптація якого відбувається повільно або з перешкодами. Критерії: обмежений прогрес, наявність поведінкових викликів, потреба в інтенсивній підтримці.

Випадок 4 (перехід з інституції): Мешканець, який переїхав до БПП з психоневрологічного інтернату. Критерії: досвід тривалого інституційного проживання, процес деінституціоналізації, порівняння життя "до" і "після".

Випадки обиралися спільно з персоналом БПП на основі цих критеріїв з різних локацій для забезпечення різноманітності.

Джерела даних для кейс-стаді:

1. Індивідуальний план підтримки мешканця (цілі, завдання, стратегії)
2. Звіти про прогрес (зміни в рівні навичок протягом часу)

3. Результати опитувальників (RSES [32], LSIA, Шнайдер) даного мешканця
4. Експертна оцінка персоналу щодо цього мешканця
5. Напівструктуроване інтерв'ю з координатором БПП або основним асистентом мешканця (45-60 хвилин)
6. Спостереження за мешканцем у природному середовищі (участь у спільних заходах, повсякденних активностях) – за згодою мешканця

Питання для інтерв'ю з персоналом:

- Опишіть, будь ласка, цього мешканця: як він потрапив до БПП, що було найбільшим викликом на початку?
- Які основні цілі були поставлені в індивідуальному плані підтримки?
- Які стратегії підтримки виявилися найефективнішими? Чому?
- Які були основні труднощі в роботі з цим мешканцем?
- Як змінився мешканець за час проживання в БПП?
- Що, на вашу думку, найбільше вплинуло на його розвиток/адаптацію?
- Які плани на майбутнє для цього мешканця?

Процедура аналізу випадків. Для кожного випадку:

1. Складається хронологічна історія (від потрапляння до БПП до теперішнього моменту)
2. Аналізуються зміни в різних сферах адаптації (самообслуговування, комунікація, соціальні зв'язки, емоційний стан)
3. Виявляються ключові фактори, що сприяли або перешкоджали адаптації
4. Аналізується роль ІОПП та конкретних стратегій підтримки
5. Формулюються висновки щодо механізмів впливу

Аналіз здійснюється методом тематичного кодування: виділяються повторювані теми, патерни, критичні моменти в траєкторії адаптації.

Етичні аспекти. При аналізі випадків особлива увага приділялася конфіденційності:

- Використання псевдонімів
- Зміна деяких деталей, що можуть ідентифікувати особу, але не впливають на сутність випадку
- Отримання додаткової згоди на включення у детальний аналіз випадку

Обґрунтування методу. Кількісні методи дозволяють виявити загальні тенденції, але не дають відповіді на питання "як" і "чому". Кейс-стаді доповнює кількісні дані, ілюструючи конкретні механізми впливу ІОПП, демонструючи різноманітність індивідуальних траєкторій та надаючи практичні інсайти для вдосконалення роботи БПП. Детальний аналіз випадків робить результати дослідження більш зрозумілими та практично корисними для фахівців, які працюють у сфері підтриманого проживання.

2.5. Методи аналізу даних

Для обробки та інтерпретації зібраних даних використовувалася комбінація статистичних та якісних методів аналізу, що відповідає змішаному дизайну дослідження.

Кількісні методи аналізу

Дескриптивна статистика

Дескриптивний аналіз використовувався для узагальненої характеристики вибірки та основних показників соціальної адаптації мешканців БПП. Обчислювалися такі показники:

Міри центральної тенденції:

- Середнє арифметичне (M) – для оцінки середнього рівня самооцінки, задоволеності життям, комунікативного контролю
- Медіана (Me) – для показників з асиметричним розподілом
- Мода (Mo) – для виявлення найтипівіших значень

Міри варіативності:

- Стандартне відхилення (SD) – для оцінки однорідності/різноманітності показників у вибірці
- Розмах (min-max) – для визначення діапазону значень
- Коефіцієнт варіації (CV) – для порівняння варіативності різних показників

Частотний аналіз:

- Розподіл респондентів за рівнями самооцінки (низька, середня, висока)
- Розподіл за рівнями задоволеності життям
- Розподіл за рівнями комунікативного контролю

Дескриптивна статистика обчислювалася окремо для всієї вибірки, а також для підгруп (чоловіки/жінки, різні ступені інтелектуального порушення, різні БПП), що дозволило виявити можливі відмінності між групами.

Кореляційний аналіз

Для виявлення взаємозв'язків між різними аспектами соціальної адаптації використовувався кореляційний аналіз Пірсона [35]. Обчислювалися коефіцієнти кореляції (r) між:

- Самооцінкою (RSES [32]) та задоволеністю життям (LSIA [33])
- Самооцінкою та комунікативним контролем (Шнайдер)
- Задоволеністю життям та комунікативним контролем
- Тривалістю проживання в БПП та показниками адаптації
- Самооцінками мешканців та експертними оцінками персоналу
- Різними сферами адаптації в експертній оцінці персоналу (наприклад, навички самообслуговування та емоційна саморегуляція)

Інтерпретація сили зв'язку здійснювалася за загальноприйнятими критеріями:

- $|r| < 0,3$ – слабкий зв'язок
- $0,3 \leq |r| < 0,7$ – помірний зв'язок
- $|r| \geq 0,7$ – сильний зв'язок

Статистична значущість кореляцій оцінювалася на рівні $p < 0,05$ та $p < 0,01$.

Порівняльний аналіз

Для перевірки гіпотез про відмінності між групами використовувався t-критерій Стюдента [35] для незалежних вибірок. Порівнювалися:

- Показники чоловіків та жінок
- Мешканців з легким vs помірним ступенем інтелектуального порушення
- Мешканців з різним попереднім місцем проживання (інтернат, сім'я, дитячий будинок)
- Мешканців з різною тривалістю проживання в БПП (до 1 року vs понад 1 рік)
- Мешканців різних БПП (Львів, Київ, Чернівці, Житомир)

Використання t-критерію є обґрунтованим за умови нормального розподілу даних та рівності дисперсій у групах, що перевірялося за допомогою критерію Шапіро-Уїлка та критерію Левіна відповідно. У випадках порушення умов нормальності застосовувався непараметричний U-критерій Манна-Уїтні.

Статистично значущими вважалися відмінності на рівні $p < 0,05$.

Аналіз узгодженості оцінок

Для оцінки ступеня узгодженості між самооцінками мешканців та експертними оцінками персоналу використовувався коефіцієнт кореляції Спірмена (враховуючи ординальний характер деяких даних). Це дозволило виявити, наскільки сприйняття мешканцями власного рівня адаптації відповідає оцінкам фахівців, що з ними працюють.

Програмне забезпечення

Статистична обробка даних здійснювалася з використанням пакету IBM SPSS Statistics [35] 26.0. Для візуалізації результатів (графіки, діаграми) використовувалися можливості SPSS та Microsoft Excel.

Якісні методи аналізу

Контент-аналіз відкритих відповідей

Відповіді персоналу на відкриті питання опитувальника (бар'єри в роботі, успішні стратегії, пропозиції щодо покращення) аналізувалися методом якісного контент-аналізу. Процедура включала:

1. **Множинне прочитання** всіх текстових відповідей для загального ознайомлення з матеріалом
2. **Початкове кодування** – виділення значущих фрагментів тексту та присвоєння їм попередніх кодів (наприклад, "брак фінансування", "низька зарплата", "складність роботи з родинами")
3. **Групування кодів у категорії** – об'єднання подібних кодів у більш широкі тематичні категорії (наприклад, категорія "Ресурсні обмеження" включала коди про фінансування, кадри, приміщення)
4. **Підрахунок частоти** згадувань кожної категорії для виявлення найпоширеніших тем
5. **Інтерпретація** виявлених категорій у контексті цілей дослідження

Приклад категорій, що виділялися:

- Організаційні бар'єри (фінансування, кадри, інфраструктура)
- Професійні виклики (недостатня підготовка, емоційне вигорання)
- Соціальні бар'єри (стигма, низька обізнаність громади)
- Сімейні фактори (складності взаємодії з родинами, опір змінам)
- Індивідуальні особливості мешканців (поведінкові виклики, мотивація)

Тематичний аналіз інтерв'ю

Інтерв'ю з персоналом для кейс-стаді аналізувалися методом тематичного аналізу [36]. Процедура включала шість етапів за Брауном та Кларком (Braun & Clarke, 2006):

1. **Ознайомлення з даними** – транскрипція аудіозаписів інтерв'ю, множинне прочитання транскриптів

2. **Генерування початкових кодів** – систематичне кодування цікавих особливостей у всьому масиві даних
3. **Пошук тем** – групування кодів у потенційні теми
4. **Перегляд тем** – перевірка узгодженості тем із закодованими фрагментами та всім масивом даних
5. **Визначення та найменування тем** – уточнення специфіки кожної теми та формулювання чітких назв
6. **Написання звіту** – інтеграція яскравих прикладів цитат для ілюстрації тем

Приклад тем, що виділялися:

- "Шлях від залежності до самостійності" (як мешканці поступово набувають автономії)
- "Значущі стосунки як ресурс адаптації" (роль довірчих відносин з персоналом або іншими мешканцями)
- "Малі перемоги, великі зміни" (як невеликі досягнення накопичуються в суттєві зміни)
- "Бар'єри на шляху включення" (що перешкоджає повноцінній участі в громаді)

Аналіз документації (індивідуальних планів підтримки)

Індивідуальні плани підтримки аналізувалися за такими параметрами:

- Типологія цілей (які сфери життя найчастіше є пріоритетними)
- Специфічність цілей (наскільки вони конкретні та вимірювані)
- Реалістичність цілей (чи відповідають вони можливостям мешканця)
- Ступінь участі мешканця у плануванні (чи відображають плани його власні бажання)
- Методи реалізації (які стратегії підтримки найчастіше використовуються)
- Динаміка змін у планах (як цілі еволюціонують з часом)

Це дозволило оцінити, наскільки плани відповідають принципам індивідуально-орієнтованого підходу.

Аналіз кейс-стаді

Кожен випадок аналізувався як окрема цілісна історія з виділенням:

- **Контексту** – вихідні умови, передісторія, причини потрапляння до БПП
- **Траєкторії розвитку** – ключові етапи, поворотні моменти, прогрес або труднощі
- **Механізмів змін** – що саме (які втручання, події, стосунки) спричинило зміни
- **Результатів** – поточний стан адаптації

Потім здійснювався **крос-кейсовий аналіз** – порівняння чотирьох випадків для виявлення спільних патернів та унікальних особливостей. Це дозволило виділити типові траєкторії адаптації та специфічні фактори, що впливають на успішність.

Інтеграція кількісних та якісних даних

Інтеграція результатів відбувалася на етапі інтерпретації за принципом взаємного доповнення (complementarity):

- **Кількісні дані** надавали загальну картину: середні рівні самооцінки, задоволеності життям, комунікативного контролю; кореляції між показниками; порівняння груп.
- **Якісні дані** пояснювали механізми: чому певні показники корелюють; які конкретні фактори сприяють або перешкоджають адаптації; як працюють індивідуально-орієнтовані програми в реальності.

Наприклад:

- Якщо кількісний аналіз виявив позитивну кореляцію між тривалістю проживання в БПП та самооцінкою, якісний аналіз кейсів пояснює, через які механізми (накопичення успішного досвіду, розширення компетенцій, зміцнення стосунків) відбувається це зростання.

- Якщо статистика показала розбіжності між самооцінками мешканців та експертними оцінками в певних сферах, аналіз інтерв'ю з персоналом допомагає зрозуміти причини цих розбіжностей.

Така інтеграція забезпечує більш глибоке та нюансоване розуміння процесів соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання.

Висновки до розділу 2

У другому розділі обґрунтовано методологію емпіричного дослідження ефективності індивідуально-орієнтованих психологічних програм як засобу розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання. Методологічною основою дослідження визначено інтеграцію п'яти теоретичних підходів: біопсихосоціальної моделі, соціально-екологічної теорії, методології соціальної інклюзії, теорії адаптивної поведінки [8] та особистісно-орієнтованого підходу. Ця інтеграція забезпечує комплексне розуміння процесів соціальної адаптації та створює цілісну теоретичну рамку для розробки ефективних програм підтримки.

Розроблено дизайн змішаного методу, що поєднує кількісні та якісні підходи до збору й аналізу даних. Обрано конвергентний паралельний дизайн, який дозволяє одночасно збирати кількісні дані (стандартизовані опитувальники, експертні оцінки) та якісні дані (аналіз документації, глибинні інтерв'ю, кейс-стаді), а на етапі інтерпретації інтегрувати їх за принципом взаємного доповнення. Таке поєднання методів забезпечує тріангуляцію даних та дозволяє отримати як загальну картину процесів адаптації через статистичні закономірності, так і глибоке розуміння індивідуальних траєкторій через аналіз конкретних випадків.

Сформовано репрезентативну вибірку дослідження, що включає дві групи респондентів: 28 мешканців будинків підтриманого проживання з чотирьох міст України (Львів, Київ, Чернівці, Житомир) віком 18-35 років з легким та помірним ступенем інтелектуального порушення, що становить приблизно 20% від загальної кількості мешканців БПП для осіб з інтелектуальними порушеннями в цих регіонах;

18 фахівців БПП (соціальні працівники, психологи, асистенти), які безпосередньо реалізують індивідуально-орієнтовані програми підтримки. Гетерогенність вибірки за попереднім місцем проживання, тривалістю перебування в БПП та ступенем порушення створює можливість для аналізу різних траєкторій соціальної адаптації.

Розроблено комплекс методів дослідження, що забезпечує всебічне вивчення соціальної адаптації мешканців БПП. Кількісний компонент включає вторинний аналіз даних проєкту Mental Health for Ukraine [5], стандартизовані психодіагностичні методики для оцінки самооцінки, задоволеності життям та комунікативного контролю мешканців, а також авторський структурований опитувальник для експертної оцінки персоналом рівня адаптації в дев'яти ключових сферах життєдіяльності. Якісний компонент передбачає аналіз документації БПП, глибинні інтерв'ю з персоналом та детальний аналіз чотирьох індивідуальних випадків, що ілюструють різні траєкторії адаптації.

Детально описано процедуру проведення дослідження, що включала чотири етапи: підготовчий (узгодження доступу, етичні дозволи, адаптація інструментарію), збір даних (вересень-жовтень 2025 року), аналіз (статистична обробка кількісних даних та якісний аналіз документації й інтерв'ю) та інтерпретація результатів. Особливу увагу приділено етичним аспектам роботи з вразливою групою: дотримання принципів інформованої згоди з урахуванням когнітивних особливостей учасників, забезпечення конфіденційності та анонімності, мінімізація ризиків, відсутність примусу та право на відмову на будь-якому етапі дослідження.

Таким чином, розроблена методологія відповідає меті та завданням дослідження, забезпечує валідність та надійність результатів через тріангуляцію методів та джерел даних. Поєднання кількісних та якісних підходів дозволяє всебічно вивчити як об'єктивні показники соціальної адаптації, так і суб'єктивний досвід мешканців та персоналу БПП. Це створює міцну методологічну основу для аналізу ефективності індивідуально-орієнтованих психологічних програм як засобу розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНИХ ПРОГРАМ

3.1. Характеристика будинків підтриманого проживання в Україні та особливості індивідуально-орієнтованих програм

За даними проєкту Mental Health for Ukraine [5] (МН4U) та Міністерства соціальної політики, станом на 2024 рік в Україні функціонує близько 20 будинків підтриманого проживання, в яких проживає приблизно 141 особа. Це критично мало порівняно з потребою – понад 23 000 осіб з інтелектуальними порушеннями перебувають у психоневрологічних інтернатах.

Географічно БПП розташовані нерівномірно, переважно в обласних центрах та великих містах. Більшість з них створена при підтримці міжнародних організацій (ЄС, UNICEF, різноманітні благодійні фонди) та неурядових організацій. Найбільш активно розвивається мережа БПП у Львівській, Київській, Дніпропетровській областях.

Типи будинків підтриманого проживання в Україні

Згідно з даними МН4U [5] та аналізом функціонуючих БПП, можна виділити два основні типи будинків підтриманого проживання:

1. Перехідні (транзитні) БПП – призначені для підготовки осіб до більш самостійного життя, передбачають проживання до 4 років з активним навчанням побутовим та соціальним навичкам. Мета таких будинків – розвиток навичок, необхідних для переходу до більш незалежних форм проживання або повернення до родини зі зміцненими компетенціями самостійності.

2. Постійні БПП – для осіб, які потребують тривалої або постійної підтримки, але здатні до відносно самостійного життя в громаді. Такі будинки забезпечують довгостроковий супровід для осіб, які не мають підтримуючої родини або потребують інтенсивної щоденної допомоги через складність порушень.

У дослідженні були представлені обидва типи БПП. Зокрема, БПП у Львові та Чернівцях функціонують переважно як постійні, тоді як деякі київські та житомирські будинки використовують змішану або транзитну модель, коли

мешканці проводять частину часу в БПП (наприклад, вихідні), а решту часу живуть з родинами.

Основні характеристики індивідуально-орієнтованих програм у БПП

Індивідуально-орієнтовані психологічні програми (ІОПП) є центральним елементом роботи будинків підтриманого проживання. Згідно з аналізом документації та інтерв'ю з персоналом, усі 28 мешканців, які брали участь у дослідженні, мають індивідуальні плани підтримки (ІПП). Ці плани розробляються спільно мешканцем, персоналом БПП та, за можливості, родиною.

Структура індивідуальних планів підтримки. Аналіз документації показав, що типовий ІПП включає наступні компоненти:

1. Оцінка потреб та можливостей мешканця в різних сферах життя:

- Самообслуговування (гігієна, одягання, харчування)
- Ведення домашнього господарства (прибирання, прання, приготування їжі)
- Фінансова грамотність (розуміння грошей, планування бюджету, здійснення покупок)
- Комунікативні навички (вербальне спілкування, розуміння соціальних сигналів)
- Соціальні навички (дотримання норм поведінки, побудова стосунків)
- Орієнтація в просторі та користування транспортом
- Участь у громадському житті
- Емоційна саморегуляція
- Трудові навички та зайнятість

2. Довгострокові цілі (на 6-12 місяців) – визначаються спільно з мешканцем виходячи з його бажань та можливостей. Типові довгострокові цілі включають: навчитися самостійно готувати прості страви, знайти роботу або зайнятість, розширити соціальні зв'язки, навчитися користуватися громадським транспортом, покращити навички спілкування.

3. Короткострокові завдання (на 1-3 місяці) – конкретні, вимірювані кроки до досягнення довгострокових цілей. Наприклад, якщо довгострокова мета –

навчитися готувати, короткостроковим завданням може бути "приготувати борщ з підтримкою асистента не менше 5 разів цього місяця".

4. Методи та стратегії втручання – конкретні підходи, які використовуватиме персонал для досягнення цілей. Найпоширеніші методи включають:

- Моделювання (демонстрація навички персоналом)
- Поетапне навчання (розбиття складної навички на прості кроки)
- Позитивне підкріплення (заохочення успішних спроб)
- Візуальна підтримка (піктограми, покрокові інструкції з малюнками)
- Практика в реальному контексті (навчання у магазині, на транспорті, а не в класній кімнаті)

5. Розподіл відповідальності – вказується, хто з членів команди відповідає за кожний напрям роботи (асистент, психолог, координатор).

6. Критерії оцінки прогресу – показники, за якими відслідковується досягнення завдань (наприклад, "здатний приготувати страву з мінімальною підтримкою у 8 випадках з 10").

7. Терміни перегляду плану – зазвичай кожні 3-6 місяців команда збирається для аналізу прогресу та коригування плану.

Процес розробки та реалізації індивідуальних планів

Згідно з даними опитування персоналу, процес розробки ІПП зазвичай включає:

Етап 1. Початкова оцінка (перші 2-4 тижні після прибуття мешканця). Персонал спостерігає за мешканцем у різних ситуаціях, проводить бесіди про його інтереси, побажання, страхи. Використовуються стандартизовані інструменти оцінки адаптивної поведінки [8]. Збирається інформація від родини (якщо є контакт) та з попереднього місця проживання.

Етап 2. Планування (4-6 тижнів після прибуття). Проводиться зустріч команди (координатор, асистенти, психолог, мешканець, за можливості – родина). Обговорюються результати оцінки, виявлені потреби та можливості. Мешканець висловлює свої бажання щодо того, чому він хоче навчитися, що для нього

важливо. Формулюються реалістичні цілі з урахуванням балансу між бажаннями мешканця та його можливостями. Розробляється письмовий план.

Етап 3. Реалізація плану (щоденна робота). Асистенти працюють з мешканцем над досягненням цілей через систематичну практику. Ведуться записи про прогрес у журналі або електронній системі. Проводяться регулярні неформальні зустрічі команди для обговорення викликів та коригування стратегій.

Етап 4. Формальний перегляд (кожні 3-6 місяців). Зустріч команди для оцінки досягнення цілей. Аналіз того, що спрацювало, а що ні. Встановлення нових цілей або коригування існуючих. Оновлення письмового плану.

За даними опитування, 83% персоналу (15 з 18 респондентів) повідомили, що мешканці беруть активну участь у розробці своїх планів. Однак рівень участі варіюється залежно від когнітивних можливостей мешканця – особи з легким ступенем порушення зазвичай формулюють власні цілі, тоді як для осіб з помірним ступенем персонал пропонує варіанти на вибір.

Виклики та бар'єри у реалізації індивідуально-орієнтованих програм

Опитування персоналу виявило низку викликів у реалізації ІОПП:

1. Кадрове навантаження (згадали 72% респондентів). Співвідношення персоналу до мешканців часто недостатнє для забезпечення по-справжньому індивідуального підходу. В середньому один асистент працює з 3-5 мешканцями, що обмежує можливості для інтенсивної один-на-один підтримки.

2. Недостатня підготовка персоналу (67%). Багато асистентів приходять без спеціалізованої освіти у роботі з особами з інтелектуальними порушеннями. Навчання часто відбувається "на робочому місці" без систематичної програми підготовки.

3. Обмеженість ресурсів (61%). Бракує матеріалів для навчання (візуальних посібників, адаптованого обладнання), коштів для громадських активностей, транспорту для виїздів у громаду.

4. Опір змінам з боку мешканців (56%). Особливо для тих, хто переїхав з інтернатів, де не було вибору та відповідальності. Звикнути до нової реальності, де потрібно приймати рішення та виконувати обов'язки, буває складно.

5. Складна поведінка та емоційна дисрегуляція (50%). Агресія, самоушкодження, імпульсивність, емоційні зриви ускладнюють навчання та вимагають кризового втручання замість планової роботи над цілями.

6. Відсутність координації з іншими службами (44%). Складно налагодити співпрацю з медичними закладами, центрами зайнятості, освітніми установами через бюрократичні бар'єри та відсутність досвіду роботи з БПП у цих служб.

Водночас персонал відзначив фактори, що сприяють успішній реалізації ІОПП:

1. Командний підхід (89%) – узгодженість дій всієї команди, регулярні зустрічі для обміну інформацією.

2. Терпіння та реалістичні очікування (78%) – розуміння, що зміни відбуваються поступово, іноді роками.

3. Гнучкість у методах (72%) – готовність експериментувати, шукати підходи, що працюють для конкретної людини.

4. Підтримка адміністрації (67%) – коли керівництво БПП підтримує персонал, забезпечує супервізію, цінує їхню роботу.

5. Залучення родини (61%) – коли родичі підтримують зусилля БПП, практикують навички вдома, це прискорює прогрес.

3.2. Результати психодіагностичного дослідження мешканців БПП

У дослідженні взяли участь 28 мешканців будинків підтриманого проживання з чотирьох міст України. Психодіагностичне обстеження проводилося індивідуально з кожним респондентом з використанням трьох стандартизованих методик: Шкали самооцінки Розенберга (RSES [32]), Індексу задоволеності життям (LSIA) та методики діагностики комунікативного контролю М. Шнайдера.

Результати за Шкалою самооцінки Розенберга (RSES [32])

Шкала самооцінки Розенберга [32] використовувалася для оцінки глобальної самооцінки мешканців БПП. Загальний діапазон можливих балів становить від 10 до 40, де вищі бали свідчать про вищу самооцінку.

Середній бал за RSES [32] у вибірці становив $M=25,1$ ($SD=4,2$), що відповідає середньому рівню самооцінки. Розподіл респондентів за рівнями самооцінки був наступним:

- Низька самооцінка (10-20 балів): 18% ($n=5$)
- Середня самооцінка (21-30 балів): 64% ($n=18$)
- Висока самооцінка (31-40 балів): 18% ($n=5$)

Найнижчий зафіксований показник становив 17 балів, найвищий – 35 балів. Переважна більшість респондентів (64%) демонструють середній рівень самооцінки, що свідчить про помірне ставлення до себе – без виражених почуттів власної нікчемності, але й без надмірної впевненості у собі.

Результати за Індексом задоволеності життям (LSIA)

LSIA використовувався для оцінки суб'єктивного відчуття задоволеності життям. Загальний діапазон можливих балів – від 0 до 20.

Середній бал за LSIA становив $M=13,8$ ($SD=3,7$), що відповідає середньому рівню задоволеності життям. Розподіл за рівнями:

- Низький рівень (0-10 балів): 21% ($n=6$)
- Середній рівень (11-15 балів): 54% ($n=15$)
- Високий рівень (16-20 балів): 25% ($n=7$)

Діапазон результатів: від 8 до 19 балів. Більше половини респондентів (54%) мають середній рівень задоволеності життям, що вказує на помірний психологічний комфорт та адаптацію.

Результати за методикою діагностики комунікативного контролю (М. Шнайдер)

Методика оцінює здатність особи контролювати свою поведінку в процесі спілкування. Діапазон балів – від 0 до 10.

Середній показник комунікативного контролю становив $M=4,2$ ($SD=2,1$), що відповідає середньому рівню. Розподіл:

- Низький рівень (0-3 бали): 36% ($n=10$)
- Середній рівень (4-6 балів): 46% ($n=13$)
- Високий рівень (7-10 балів): 18% ($n=5$)

Результати варіювали від 1 до 8 балів. Найбільша група респондентів (46%) демонструє середній рівень комунікативного контролю, що свідчить про помірну здатність регулювати свою поведінку в спілкуванні.

3.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між показниками соціальної адаптації

Для виявлення взаємозв'язків між різними показниками соціальної адаптації було проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона. Аналізувалися зв'язки між показниками психологічного благополуччя (RSES [32], LSIA [33], Шнайдер), експертними оцінками персоналу та соціально-демографічними характеристиками мешканців.

Взаємозв'язки між показниками психологічного благополуччя

Виявлено статистично значущі кореляції між усіма трьома показниками психологічного благополуччя:

- RSES та LSIA: $r=0,67$ ($p<0,01$) – сильний позитивний зв'язок
- RSES та Шнайдер: $r=0,31$ ($p<0,05$) – помірний позитивний зв'язок
- LSIA та Шнайдер: $r=0,38$ ($p<0,05$) – помірний позитивний зв'язок

Найсильніший зв'язок спостерігається між самооцінкою та задоволеністю життям ($r=0,67$), що цілком логічно – особи з вищою самооцінкою, як правило, більш задоволені своїм життям.

Зв'язок тривалості проживання в БПП з показниками адаптації

Тривалість проживання в БПП виявила значущі позитивні кореляції з усіма показниками:

- Тривалість та RSES: $r=0,52$ ($p<0,01$)
- Тривалість та LSIA: $r=0,59$ ($p<0,01$)
- Тривалість та Шнайдер: $r=0,31$ ($p<0,05$)
- Тривалість та загальна експертна оцінка адаптації: $r=0,48$ ($p<0,01$)

Ці результати свідчать, що чим довше особа проживає в БПП, тим вищі її показники самооцінки, задоволеності життям, комунікативного контролю та

загальної соціальної адаптації. Це підтверджує, що індивідуально-орієнтовані програми потребують часу для досягнення результатів.

3.4. Якісний аналіз: детальні кейс-стаді

Для поглибленого розуміння механізмів соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання було проведено детальний аналіз чотирьох випадків, які представляють різні траєкторії адаптації. Кожен випадок базується на аналізі індивідуального плану підтримки, звітів про прогрес, результатів психодіагностичних методик, експертних оцінок персоналу та напівструктурованих інтерв'ю з асистентами БПП.

Випадок 1. Руслан – перехід з інтернату та подолання наслідків інституціоналізації

Руслан, 38 років, легкий ступінь інтелектуального порушення, ДЦП, недіагностований тривожний розлад. БПП "Дім Гідності" (Житомир), 7 років у програмі.

Передісторія та стан на початку

У п'ятирічному віці Руслан став свідком вбивства матері батьком, після чого потрапив до інтернату, де прожив 26 років. При переїзді до БПП виявлялися глибока педагогічна занедбаність (не міг формувати речення), високий рівень тривожності з численними страхами (грим, собаки), епізоди агресії, неконтрольована мастурбація в публічних місцях, порушення прив'язаності (шукав "матір" у асистентках), надмірна медикація (психотропні та седативні препарати). Ховав їжу, намагався все контролювати, не розумів соціальних меж.

Ключові напрями роботи

Основні напрями включали медичну корекцію (поступове скасування психотропних, зменшення седативних), розвиток мовлення з логопедом, роботу з прив'язаністю та розумінням професійних меж, мультидисциплінарну підтримку (ерготерапевт, фізіотерапевт), емоційну регуляцію та роботу зі страхами, навчання соціальним межах. Критично важливим був командний підхід асистентів з узгодженими правилами та регулярними зустрічами для обговорення стратегій.

Прогрес за 7 років

Досягнуто значних змін: психотропні препарати повністю скасовані, седативні значно зменшені. Словниковий запас розширився, Руслан може будувати складні речення, артикуляція покращилася. Епізоди агресії стали рідшими та менш інтенсивними, з'явилося вміння називати емоції. Сексуалізована поведінка в публічних місцях майже зникла, краще розуміє межі. Більше не ховає їжу, страх грози зменшився, може бути поруч з маленькими собаками. Навчається користуватися душем самостійно.

Результати методик: **RSES 24 бали** (середній рівень, зростання з ~16-18); **LSIA 15 балів** (середній, зростання з ~7-9); **Шнайдер 3 бали** (низький, спонтанний). Експертні оцінки: самообслуговування 2→4, комунікація 2→4, емоційна регуляція 1→3, соціальні навички 2→3.

Ключові фактори успіху

Злагоджена команда з єдиним підходом, коригування медикації, передбачуваність та безпека середовища, мультидисциплінарна підтримка, час (7 років систематичної роботи). Випадок демонструє, що навіть після 26 років інституціоналізації та важкої травми можливий значний прогрес за наявності системної підтримки, проте деінституціоналізація є тривалим процесом, що вимагає років, а не місяців.

Випадок 2. Володя і Ромчик – помірний прогрес через транзитну модель

Володя, 38 років, легкий ступінь ІІІ. Ромчик, 36 років, синдром Дауна, легкий ступінь ІІІ. Транзитний БПП "Витанія" (Лярш-Ковчег, Львів), 13 років у програмі. Формат: 1 тиждень на місяць у БПП, 3 тижні вдома з мамами. Щодня відвідують майстерню.

Передісторія та стан на початку

Обидва вирости в люблячих, але гіперопікуючих сім'ях. 13 років тому мали базове самообслуговування, але не вміли готувати (хліб рвали руками), прибирати якісно, прати. Не їздили транспортом, боялися заблукати. Обмежена комунікація за межами родини, не мали друзів. Схильність до переїдання, нестабільна емоційна регуляція. Знали лише одну модель життя – вдома з мамою.

Унікальна модель "три середовища"

Сім'я (3 тижні/міс) – життя з мамою, практика навичок вдома. Майстерня (щодня) – продуктивна зайнятість, робота в команді (кераміка, текстиль, дерево), соціалізація. БПП (1 тиждень/міс) – практика самостійного життя, співпраця, відповідальність за побут.

Типовий тиждень у БПП: ранок – спільне приготування сніданку з розподілом ролей, прибирання; 10:00 – самостійна поїздка трамваєм до майстерні; день у майстерні; 16:30 – повернення; вечір – приготування вечері, прибирання, дозвілля. Вихідні – велике прибирання, прання, складніші страви, покупки.

Прогрес за 13 років

Побутові навички: від нездатності готувати до приготування повноцінних страв (борщ, котлети); від поверхневого протирання до якісного прибирання з пилососом; самостійне прання. Орієнтація: впевнене користування трамваями та автобусами, знання центру Львова. Соціальні: впевнена комунікація з незнайомими, міцна дружба між собою та з іншими учасниками, конструктивне вирішення конфліктів. Розуміння різних соціальних ролей (син, працівник, співмешканець, друг). Емоційна регуляція покращилася, хоча зриви трапляються. Харчова поведінка під кращим контролем.

Результати методик. Володя: **RSES 28, LSIA 16, Шнайдер 5**. Ромчик: **RSES 27, LSIA 15, Шнайдер 4**. Експертні оцінки: самообслуговування та транспорт – 5 балів; господарство, комунікація, соціальні навички, участь у громаді – 4 бали; емоційна регуляція – 3 бали.

Ключові фактори успіху

Модель "три середовища" забезпечила різноманітність контекстів. Тривалість (13 років щомісячної практики) призвела до автоматизму навичок. Дружба стала потужним ресурсом для взаємної підтримки. Залучення мам до програми. Практичне навчання через реальне життя. Асистенти як координатори, а не виконавці. Продуктивна зайнятість у майстерні. Випадок демонструє, що транзитний БПП може бути ефективною альтернативою постійному для осіб з підтримуючими сім'ями, а успіх не завжди означає повну незалежність.

Випадок 3. Марічка – складна адаптація та повільний прогрес

Марічка, 26 років, легкий ступінь інтелектуального порушення. БПП Чернівці, 1 рік у програмі.

Передісторія та стан на початку

Потрапила до інтернату у 3 роки (мати – хронічний алкоголізм), прожила там 23 роки. Очікувала, що в БПП дбатимуть про неї без контролю. Реальність виявилася складнішою – є правила та обов'язки. При переїзді: відсутність зубів (повна адентія), занедбаний зовнішній вигляд. Базове самообслуговування, але не вміла готувати, прибирати якісно, прати. Обмежена орієнтація в місті. Конфліктна, не розуміла меж. Не мала досвіду з грошима, імпульсивні витрати. Сильна потреба в стосунках як компенсація відсутності любові.

Поточна ситуація та виклики

Втечі з БПП (раз на 1-2 місяці) – йде в місто без попередження, гуляє, повертається. Конфлікти з усіма через їжу, телевізор, особистий простір – сприймає будь-яке прохання як посягання на свободу. Відмова прибирати (іноді погоджується після вмовлянь). Пошук стосунків з хлопцями – надто довірлива, не розуміє ризиків. Клянчить гроші, витрачає на їжу (солодощі, чіпси). 23 роки інституціоналізації сформували стратегію виживання через конфлікт та нерозуміння свободи як відповідальності.

Напрями роботи та стратегії

Щотижневі сесії з психологом (робота з довірою, темами свободи/відповідальності, здорових стосунків) дають тимчасове покращення на кілька днів. Асистенти використовують стратегію малих кроків, надання вибору замість наказу, пояснення замість вимог, природні наслідки. Успішний приклад – лікування зубів: Марічка сама погодилася витратити кошти після розмов про вплив на здоров'я та самооцінку. Ведення щоденника витрат. Рольові ігри для практики безпечної поведінки в стосунках.

Прогрес за рік

Позитивні зміни: лікування зубів розпочато (частково відновлено), впевнена орієнтація в центрі міста, веде щоденник витрат, іноді може відкласти гроші, довіра

до асистентів після розмов зростає (тимчасово), гігієна покращилася. Виклики залишаються: відмова прибирати, регулярні конфлікти (частота трохи зменшилася), втечі продовжуються, ризикована поведінка в пошуках стосунків, часті емоційні вибухи. Прогрес повільний та нестабільний – крок вперед, два назад.

Результати методик: **RSES 20** (низький), **LSIA 9** (низький), **Шнайдер 2** (низький, дуже спонтанна). Експертні оцінки: більшість показників 1-2 бали, лише самообслуговування та участь у громаді – 3 бали.

Висновок

23 роки інституціоналізації, відсутність прив'язаності та травма депривації створюють глибокі бар'єри. Прогрес можливий, але дуже повільний, потребує терпіння та реалістичних очікувань. Регулярна психологічна підтримка критично важлива. Малі успіхи (лікування зубів) є важливими кроками. Не всі мешканці досягають однакового рівня – індивідуальні траєкторії значно відрізняються.

Випадок 4. Павло – швидкий прогрес через транзитну програму

Павло, 23 роки, легкий ступінь інтелектуального порушення. Село Малий Кучурів, Чернівецька область. Опікун – бабуся (78 років). Транзитна програма БПП 3 місяці, потім повернення до села з підтримкою (зустрічі раз на тиждень). Загалом 9 місяців у програмі.

Передісторія та стан на початку

У 5 років був присутнім при смерті матері та на похоронах (глибока травма). Батько самоусунувся від виховання. Бабуся доглядала фізично, але бракувало емоційних ресурсів та розуміння потреб. Результат – педагогічна занедбаність, затримка мовлення та інтелекту, соціальна ізоляція, відсутність друзів. Рік тому батько загинув на війні, актуалізувавши дитячу травму.

При переїзді до БПП: мінімальні побутові навички (хліб рвав руками, не вмів користуватися ножем), не готував, не прибирав, не прав. Ніколи не виїжджав за межі села, боявся міста та транспорту. Говорив окремими словами або короткими фразами, не міг формувати речення. Не вмів читати (розпізнавав окремі літери). Не мав друзів, соромився, уникав контакту. Глибоке горе після смерті батька, не міг висловити емоції. Не мав жодних планів чи уявлень про майбутнє.

Напрями роботи за 3 місяці транзитної програми

Робота з психологом над травмою через мистецьку терапію (малювання емоцій, картки, колажі) – навчання розпізнавати та називати почуття. Розвиток мовлення з логопедом через практичні вправи. Навчання грамоті складовим методом. Побутові навички через багаторазову практику. Поетапне навчання самотійного пересування (поступове зменшення супроводу). Візуальна підтримка (малюнки замість тексту). Передбачуваний розклад дня. Підбір роботи – стажування на крафтовому виробництві равіолі.

Прогрес за 9 місяців

Емоційний стан: навчився називати емоції, з'явилася цікавість до життя, відкритість. Мовлення: почав говорити реченнями, може розповісти про день, попросити допомогу. Грамотність: читає по складах прості речення. Побутові навички: готує прості страви, прибирає, пере. Транспорт: самотійно їздить село-місто-село, знає маршрути, може дістатися до роботи. Соціалізація: з'явилися друзі в БПП, познайомився з дівчиною Сашею (19 років, також легкий ступінь ІІ), зустрічаються, планують одружитися. Робота: працює 3 дні/тиждень на виробництві равіолі, виготовляє равіолі вручну, організовує доставки, отримує зарплату. Частину грошей віддає бабусі, частину відкладає, частину витрачає на побачення. Після 3 місяців повернувся до бабусі, але приїжджає на зустрічі раз на тиждень.

Результати методик: **RSES 31** (високий), **LSIA 17** (високий), **Шнайдер 6** (середній). Експертні оцінки: самообслуговування, орієнтація/транспорт, соціальні зв'язки – 5 балів; господарство, комунікація, соціальні навички, емоційна регуляція – 4 бали; прийняття рішень – 3 бали.

Ключові фактори успіху

Транзитна модель дозволила отримати інтенсивну підтримку 3 місяці, потім повернутися додому зі збереженням зв'язку. Робота з психологічною травмою звільнила від тягаря минулого. Практичне навчання в реальному контексті. Осмислена робота (равіолі) – конкретна, зрозуміла, видимий результат, гордість, мотивація. Стосунки з Сашенькою стали потужним мотиватором розвиватися.

Підтримка бабусі. Спільнота БПП – відчуття приналежності після років самотності. Випадок показує, що швидка трансформація можлива при правильній підтримці в правильний момент. Навіть тривала педагогічна занедбаність та травма не є вироком. Важливість гнучких моделей підтримки та сили стосунків для розвитку.

3.5. Інтеграція результатів: синтез кількісних та якісних даних

Результати кількісного та якісного аналізу, представлені в попередніх підрозділах, дозволяють сформувати цілісне розуміння механізмів соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання. Інтеграція статистичних показників, експертних оцінок та детальних кейс-стаді розкриває як загальні закономірності, так і індивідуальну варіативність траєкторій адаптації.

Підтвердження кількісних закономірностей через якісний аналіз

Кореляційний аналіз виявив сильні взаємозв'язки між тривалістю проживання в БПП та показниками адаптації ($r=0,31-0,59$). Кейс-стаді конкретизують механізми цього впливу. Випадок Руслана демонструє, що після 26 років інституціоналізації потрібні роки систематичної роботи для подолання наслідків – за 7 років у БПП він досяг значного прогресу, але процес далекий від завершення. Випадок Володі та Ромчика показує, що 13 років участі в транзитній програмі призвели до автоматизації навичок та стабільних змін у поведінці. Натомість Марічка після року в програмі демонструє лише початкові зміни, що підтверджує необхідність тривалого часу для глибокої трансформації. Ці спостереження пояснюють статистичну закономірність: тривалість дає можливість для багаторазової практики, формування нових патернів поведінки, побудови довірливих стосунків, поступового опрацювання травм та страхів.

Статистичний аналіз показав, що соціальні виміри адаптації (комунікація, соціальні навички, участь у громаді, соціальні зв'язки) мають сильніші кореляції з психологічним благополуччям ($r=0,47-0,79$), ніж побутові навички ($r=0,28-0,44$). Кейс-стаді ілюструють цю закономірність. Володя та Ромчик мають високі показники самооцінки та задоволеності життям (RSES 27-28, LSIA 15-16) не лише

через вміння готувати та прибирати, але передусім завдяки дружбі між собою, соціалізації в майстерні, відчуттю приналежності до спільноти. Павло за 9 місяців досяг найвищих показників серед усіх випадків (RSES 31, LSIA 17) саме в той момент, коли в його житті з'явилися значущі стосунки з Сашенькою, дружба в БПП, осмислена робота в команді. Натомість Марічка, попри деякі побутові навички, має найнижчі показники (RSES 20, LSIA 9) через відсутність справжніх дружніх зв'язків та хронічні конфлікти з оточуючими. Це підтверджує, що людина є соціальною істотою, і якість життя визначається не лише функціональною самостійністю, але передусім якістю соціальних зв'язків та відчуттям приналежності.

Експертні оцінки виявили, що мешканці з досвідом інституційного проживання мають нижчі показники адаптації порівняно з тими, хто прийшов з сімей ($p < 0,01-0,05$). Кейс Руслана конкретизує причини цього розриву. 26 років інституціоналізації сформували глибокі порушення прив'язаності, стратегії виживання через конфлікт, відсутність досвіду відповідальності та прийняття рішень. Навіть після 7 років інтенсивної підтримки його показники (RSES 24, LSIA 15) нижчі за показники Володі та Ромчика, які вирости в сім'ях (RSES 27-28, LSIA 15-16). Марічка після 23 років в інтернаті демонструє найбільші труднощі з адаптацією. Натомість Павло, який жив з бабусею (хоча й у складних умовах), за 9 місяців досяг найвищих результатів. Це свідчить, що інституціоналізація залишає глибокі сліди, які потребують набагато більше часу та ресурсів для подолання порівняно з педагогічною занедбаністю в сімейному контексті.

Розуміння індивідуальної варіативності через кейс-стаді

Хоча кількісний аналіз виявляє загальні тенденції, кейс-стаді демонструють значну варіативність індивідуальних траєкторій навіть за схожих початкових умов. Руслан та Марічка обидва мають досвід тривалої інституціоналізації та легкий ступінь інтелектуального порушення, проте їхні траєкторії радикально відрізняються. Руслан за 7 років досяг помірного прогресу завдяки комплексній мультидисциплінарній підтримці, корекції медикації, систематичній роботі з травмою. Марічка за рік показує мінімальний прогрес, оскільки її опір змінам, нереалістичні очікування від свободи та глибоке розчарування створюють додаткові бар'єри. Ця відмінність підкреслює, що

формальні діагностичні категорії не передбачають траєкторії адаптації – критично важливими є індивідуальна історія, специфіка травм, мотивація, очікування.

Випадки Володі з Ромчиком та Павла демонструють, що транзитна модель БПП може призводити до різних результатів залежно від контексту. Володя та Ромчик протягом 13 років поступово розвивали навички через регулярну щомісячну практику в поєднанні з щоденною зайнятістю в майстерні та підтримкою сімей. Їхній прогрес був стабільним, але помірним. Павло за 9 місяців (з яких лише 3 місяці інтенсивної програми) досяг вищих показників завдяки щасливому збігу факторів: відсутність попереднього досвіду інституціоналізації, успішна робота з психологічною травмою, знайдена осмислена робота, стосунки з Сашенькою як потужна мотивація. Це ілюструє, що темпи прогресу залежать не лише від тривалості програми, але й від синергії множинних факторів.

Ключові фактори успіху: синтез даних

Інтеграція результатів дозволяє виділити фактори, які послідовно асоціюються з успішною адаптацією у всіх випадках.

Таблиця 3.1

Ключові фактори успіху соціальної адаптації: синтез кількісних та якісних даних

Фактор	Кількісні дані	Ілюстрація з кейс-стаді
Час та систематичність	$r=0,48-0,59$ з показниками адаптації	Руслан: 7 років; Володя/Ромчик: 13 років; Павло: 9 міс; Марічка: 1 рік (недостатньо)
Якість соціальних зв'язків	$r=0,68-0,77$ з RSES та LSIA	Володя/Ромчик: дружба; Павло: Сашенька; Марічка: відсутність зв'язків
Індивідуалізація підтримки	Залучення до ІПП: 83%	Різні підходи для кожного: мультидисциплінарна команда (Руслан), транзитна модель (Володя/Ромчик), робота з травмою (Павло)
Робота з травмою	Емоційна регуляція: $M=3,3$ (найнижча)	Руслан: порушення прив'язаності; Павло: горе втрати; Марічка: депривація любові
Осмислена зайнятість	Кореляція з LSIA: $r=0,49$	Володя/Ромчик: майстерня; Павло: робота в команді; Руслан: підтримана зайнятість (план)

Як видно з таблиці 3.1, кожен фактор успіху підтверджується як статистичними даними, так і конкретними прикладами з життя мешканців. Найсильніша конвергенція спостерігається для якості соціальних зв'язків – і кореляційний аналіз, і кейс-стаді одноставно вказують на це як на критичний фактор благополуччя.

Специфічні бар'єри та їх подолання

Інтеграція даних також виявляє специфічні бар'єри, що перешкоджають адаптації, та успішні стратегії їх подолання.

Таблиця 3.2

Основні бар'єри соціальної адаптації та стратегії їх подолання

Бар'єр	Прояви	Успішні стратегії
Наслідки інституціоналізації	Залежність від системи, порушення прив'язаності, стратегії виживання через конфлікт	Тривала підтримка (роки), робота з психологом, командний підхід, передбачуване середовище
Нереалістичні очікування щодо свободи	Очікування свободи без відповідальності, розчарування, опір	Пояснення зв'язку свободи та відповідальності, надання вибору, природні наслідки
Труднощі емоційної регуляції	Агресія, імпульсивність, емоційні зриви (M=3,3)	Навчання розпізнавати емоції, індивідуальні стратегії заспокоєння, безпечний простір
Педагогічна занедбаність	Відсутність базових навичок самообслуговування та господарства	Практичне навчання в контексті, багаторазова практика, візуальна підтримка, малі кроки

Роль моделі БПП: порівняння постійної та транзитної моделей.

Порівняння випадків дозволяє зрозуміти, для кого підходить постійна, а для кого транзитна модель БПП.

Постійна модель (Руслан, Марічка) є необхідною для осіб, які не мають підтримуючої сім'ї, потребують інтенсивної щоденної підтримки, мають складні поведінкові виклики, потребують структурованого передбачуваного середовища. Для Руслана постійне проживання забезпечило необхідну стабільність після десятиліть інституційного хаосу. Для Марічки, попри її опір, постійне проживання дає структуру та межі, яких вона не мала в інтернаті.

Транзитна модель (Володя, Ромчик, Павло) є оптимальною для осіб, які мають підтримуючу сім'ю, потребують простору для практики самостійності, але не готові або не бажають повної незалежності, мають зовнішню зайнятість (робота, майстерня), потребують балансу між підтримкою сім'ї та автономією. Ця модель виявилася дуже гнучкою – для Володі та Ромчика це 13-річна програма з поступовим розвитком, для Павла – 3-місячна інтенсивна програма з подальшою підтримкою.

Важливо, що вибір моделі не є статичним. Павло може в майбутньому перейти до більш постійного формату, якщо одружиться з Сашенькою. Марічка може перейти до транзитного формату, якщо її поведінка стабілізується. Володя та Ромчик можуть збільшити час у БПП, якщо захочуть більшої самостійності. Гнучкість моделей підтримки є важливою перевагою БПП порівняно з жорсткими інституційними структурами.

Обмеження дослідження та напрями подальших досліджень

Інтеграція результатів також виявляє обмеження дослідження. По-перше, вибірка з 28 мешканців та 4 детальних кейсів є відносно невеликою, що обмежує можливість узагальнення на всю популяцію осіб з ментальними порушеннями в Україні. По-друге, переважна більшість учасників має легкий ступінь інтелектуального порушення, що не дозволяє оцінити ефективність ІОПП для осіб з помірним та важким ступенем. По-третє, дослідження фокусується на БПП, що вже функціонують відносно успішно, що може створювати позитивну упередженість. По-четверте, лонгitudний дизайн відсутній – не відстежуються зміни одних і тих самих осіб протягом років, а порівнюються особи з різною тривалістю проживання.

Подальші дослідження могли б включати:

- Лонгitudне відстеження однієї когорти мешканців протягом 3-5 років для виявлення динаміки змін
- Розширення вибірки на БПП з різним рівнем якості для виявлення критичних компонентів успіху
- Включення осіб з помірним та важким ступенем інтелектуального порушення

- Вивчення довгострокових результатів (що відбувається з мешканцями через 10-15 років)
- Аналіз економічної ефективності БПП порівняно з інституційним доглядом
- Дослідження ролі конкретних компонентів ІОПП (яка частка успіху пов'язана з психологічною підтримкою, яка з навчанням навичкам, яка з соціалізацією)

Практичні рекомендації на основі інтегрованих результатів

Інтеграція кількісних та якісних даних дозволяє сформулювати конкретні рекомендації для практики БПП.

Для персоналу БПП:

- Забезпечити систематичну підтримку протягом років, а не місяців
- Приділяти пріоритетну увагу формуванню якісних соціальних зв'язків
- Індивідуалізувати підтримку на основі детального розуміння історії, травм, можливостей людини

- Обов'язково включати роботу з травмою та емоційним здоров'ям

- Координувати дії всієї команди для забезпечення консистентності підходів
- Надавати можливості для осмисленої зайнятості та продуктивної діяльності
- Підтримувати гнучкість моделей (постійна, транзитна, змішана)
- Бути терплячими та мати реалістичні очікування щодо темпів прогресу

Для розробників політики:

- Збільшити фінансування БПП для забезпечення достатнього кадрового забезпечення

- Забезпечити доступ до мультидисциплінарних команд (психолог, логопед, ерготерапевт, фізіотерапевт)

- Розробити стандарти якості ІОПП з акцентом на індивідуалізацію
- Підтримувати різноманітність моделей БПП (постійні, транзитні, з різною інтенсивністю підтримки)

- Інвестувати в навчання персоналу, особливо в роботі з травмою та складною поведінкою

- Створити механізми підтриманої зайнятості для мешканців БПП
- Забезпечити систему моніторингу та оцінки результатів БПП

Для родин:

- Розглянути транзитні моделі БПП як можливість для розвитку самостійності члена сім'ї без повного відриву від родини
- Підтримувати практику набутих навичок вдома
- Співпрацювати з персоналом БПП, а не протиставляти домашнє та інституційне середовище
- Мати реалістичні очікування щодо темпів прогресу
- Не вважати залучення до БПП проявом слабкості або відмови від родинних обов'язків

Інтеграція кількісних та якісних результатів підтверджує, що індивідуально-орієнтовані психологічні програми в контексті будинків підтриманого проживання є ефективним засобом розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями. Статистичні закономірності отримують конкретне наповнення через детальні історії окремих осіб, а унікальні індивідуальні траєкторії збагачують розуміння загальних тенденцій.

Ключовими факторами успіху є час та систематичність, якість соціальних зв'язків, індивідуалізація підтримки, робота з травмою, осмислена зайнятість. Найбільшими бар'єрами залишаються наслідки тривалої інституціоналізації, які потребують років систематичної роботи для подолання. Гнучкість моделей підтримки (постійні, транзитні, змішані) дозволяє адаптувати програми до різноманітних потреб та контекстів, забезпечуючи баланс між підтримкою та автономією.

3.6. Порівняльний аналіз самооцінок мешканців та експертних оцінок персоналу: тріангуляція даних

Одним з ключових завдань дослідження було провести порівняльний аналіз оцінок соціальної адаптації мешканців з боку персоналу та самооцінок респондентів. Тріангуляція даних – поєднання самозвіту мешканців через стандартизовані опитувальники (RSES [32], LSIA, Шнайдер) з експертними оцінками персоналу та глибинним аналізом індивідуальних випадків – дозволяє отримати більш валідну та об'єктивну картину процесів соціальної адаптації. Це особливо важливо при роботі з особами з інтелектуальними порушеннями, чий

самооцінки можуть бути обмежені когнітивними особливостями, недостатнім досвідом рефлексії або схильністю до соціально бажаних відповідей. Порівняння двох перспектив – "зсередини" (як мешканці сприймають власну адаптацію) та "ззовні" (як персонал оцінює їхній прогрес) – виявляє зони конгруентності та розбіжностей, що має важливе значення для розуміння механізмів соціальної адаптації та вдосконалення індивідуально-орієнтованих програм підтримки.

Загальні тенденції: конвергенція та дивергенція оцінок

Кореляційний аналіз між самооцінками мешканців та експертними оцінками персоналу виявив помірні позитивні кореляції ($r=0,42-0,68$), що свідчить про часткову конвергенцію двох перспектив, проте також і про значні розбіжності в окремих сферах.

Таблиця 3.3

Кореляції між самооцінками мешканців та експертними оцінками персоналу

Сфера оцінювання	Кореляція (r)	p-value	Інтерпретація
Побутові навички	0,68	<0,01	Висока конвергенція
Комунікативні навички	0,54	<0,01	Помірна конвергенція
Соціальні зв'язки	0,42	<0,05	Помірна конвергенція
Емоційна регуляція	0,38	<0,05	Слабка конвергенція
Загальна самостійність	0,61	<0,01	Помірна конвергенція

Як видно з таблиці 3.3, найвища конвергенція спостерігається в оцінці побутових навичок ($r=0,68$), що є найбільш об'єктивними та спостережуваними аспектами адаптації. Натомість найнижча конвергенція характерна для емоційної регуляції ($r=0,38$) – внутрішнього стану, який персонал може оцінити лише опосередковано, через зовнішні прояви поведінки.

Аналіз розбіжностей через кейс-стаді

Детальний аналіз індивідуальних випадків дозволяє зрозуміти конкретні механізми розбіжностей між самооцінками та експертними оцінками.

Таблиця 3.4

Порівняння самооцінок та експертних оцінок у чотирьох випадках

Мешканець	RSES (самооцінка)	LSIA (самооцінка)	Експертна оцінка адаптації (1-10)	Розбіжність
Руслан	24 (середня)	15 (середня)	6 (помірна)	Конвергенція: обидві оцінки помірні
Володя/Ромчик	27-28 (висока)	15-16 (висока)	8-9 (висока)	Конвергенція: обидві оцінки високі
Марічка	20 (низька)	9 (низька)	4 (низька)	Часткова дивергенція: вона оцінює себе вище
Павло	31 (дуже висока)	17 (дуже висока)	7 (помірно- висока)	Дивергенція: він оцінює себе вище

Випадок 1: Руслан – конвергенція оцінок на помірному рівні

У випадку Руслана спостерігається висока конвергенція між його самооцінкою та експертною оцінкою персоналу. Його показники самооцінки (RSES 24) та задоволеності життям (LSIA 15) знаходяться на середньому рівні, що відповідає експертній оцінці його адаптації (6 балів з 10). Персонал характеризує Руслана як людину, що досягла помітного прогресу за 7 років, але все ще має значні виклики з емоційною регуляцією, прив'язаністю, конфліктністю.

Така конвергенція пояснюється декількома факторами. По-перше, Руслан має достатній рівень самоусвідомлення та рефлексії, щоб реалістично оцінювати свої сильні та слабкі сторони. По-друге, тривалість проживання в БПП (7 років) та систематична робота з психологом сприяли розвитку інсайту щодо власного стану. По-третє, персонал має глибоке розуміння його історії та травм, що дозволяє об'єктивно оцінювати його прогрес без завищених або занижених очікувань.

Випадок 2: Володя та Ромчик – конвергенція на високому рівні

Володя та Ромчик демонструють високу конвергенцію оцінок на позитивному полюсі. Їхня самооцінка (RSES 27-28) та задоволеність життям (LSIA 15-16) є високими, що повністю узгоджується з експертними оцінками персоналу (8-9 балів). Персонал описує їх як мешканців, що досягли найбільшого прогресу в

програмі, мають стабільні навички самообслуговування, активно соціалізуються, підтримують дружні стосунки.

Ця конвергенція свідчить про справжній успіх адаптації – коли внутрішнє відчуття благополуччя (самооцінка) співпадає із зовнішніми проявами компетентності (експертна оцінка). Це підтверджує, що 13 років систематичної роботи в транзитній моделі призвели не лише до оволодіння навичками, але й до формування позитивної ідентичності та задоволення від життя.

Випадок 3: Марічка – часткова дивергенція з переоцінкою

Марічка демонструє часткову дивергенцію між самооцінкою та експертною оцінкою, причому вона схильна дещо переоцінювати свої навички порівняно з оцінкою персоналу. Її самооцінка (RSES 20) та задоволеність життям (LSIA 9) знаходяться на нижньому рівні, проте в окремих сферах (наприклад, побутові навички) вона оцінює себе вище, ніж персонал.

За даними інтерв'ю, Марічка часто стверджує, що вміє добре готувати, прибирати, самостійно організовувати свій час. Натомість персонал відзначає, що її побутові навички базові, потребують постійних нагадувань, якість виконання часто недостатня, а самоорганізація залишається слабкою. Ця дивергенція пояснюється декількома механізмами.

По-перше, когнітивні обмеження: Марічка має труднощі з самооцінкою через когнітивні особливості та недостатній досвід порівняння себе з іншими в звичайному суспільному контексті. По-друге, захисний механізм: після 23 років в інтернаті, де її постійно критикували та принижували, Марічка може переоцінювати свої навички як спосіб захисту самооцінки від подальшого болю. По-третє, нереалістичні очікування: вона очікувала, що в БПП їй буде легше, ніж виявилось, і переоцінка навичок є способом впоратися з розчаруванням.

Випадок 4: Павло – дивергенція через ейфорію новини

Павло демонструє найбільшу дивергенцію між самооцінкою та експертною оцінкою. Його самооцінка (RSES 31) та задоволеність життям (LSIA 17) є найвищими серед усіх учасників, тоді як експертна оцінка персоналу більш

стримана (7 балів), визнаючи швидкий прогрес, але вказуючи на те, що багато навичок ще потребують закріплення.

Ця дивергенція пояснюється ефектом "ейфорії новини". Павло за 9 місяців (з яких лише 3 місяці інтенсивної програми) пережив радикальні позитивні зміни: переїзд з важких умов проживання з бабусею до підтримуючого середовища БПП, знайдені романтичні стосунки з Сашенькою, отримана робота в команді БПП, нові дружні зв'язки. Ці зміни призвели до різкого підвищення його самооцінки та задоволеності життям.

Однак персонал оцінює його адаптацію більш обережно, зважаючи на кілька факторів. По-перше, короткий період спостереження: 9 місяців недостатньо для оцінки стабільності змін. По-друге, "ефект медового місяця": початковий ентузіазм може згодом зіткнутися з реальністю та викликати розчарування. По-третє, залежність від зовнішніх чинників: його високі показники багато в чому пов'язані зі стосунками з Сашенькою, і персонал турбується, що відбудеться, якщо ці стосунки зазнають труднощів.

Водночас персонал визнає, що високі самооцінки Павла не є цілком нереалістичними – він справді досяг значного прогресу за короткий час завдяки мотивації, відсутності тривалої інституціоналізації, успішній роботі з травмою. Дивергенція тут відображає не стільки помилку в оцінці, скільки різні темпоральні перспективи: Павло оцінює своє "зараз" (і воно дійсно чудове), тоді як персонал думає про довгострокову стабільність.

Тріангуляція даних – порівняння самооцінок мешканців, експертних оцінок персоналу та глибинного якісного аналізу – виявила як конвергенцію, так і розбіжності між різними джерелами інформації. Найвища конвергенція спостерігається в оцінці об'єктивних, спостережуваних навичок (побутові навички, комунікація), тоді як найбільші розбіжності характерні для суб'єктивних внутрішніх станів (емоційне благополуччя, самооцінка).

Аналіз індивідуальних випадків дозволяє зрозуміти причини розбіжностей. У випадку Руслана та Володі/Ромчика спостерігається конвергенція оцінок, що свідчить про реалістичне самосприйняття та об'єктивну оцінку персоналу.

Натомість випадки Марічки та Павла демонструють дивергенцію з різних причин: Марічка переоцінює свої навички як захисний механізм після тривалої інституціоналізації, тоді як Павло демонструє ейфорію від різких позитивних змін у житті.

Ці знахідки мають важливе значення для практики БПП. По-перше, вони підтверджують необхідність використання множинних джерел інформації – жодна перспектива (ні самозвіт, ні експертна оцінка) не дає повної картини. По-друге, вони вказують на важливість контекстуалізації оцінок – розбіжності не обов'язково свідчать про помилку, а можуть відображати різні аспекти реальності або різні темпоральні перспективи. По-третє, вони підкреслюють роль індивідуальної історії та травми у формуванні самосприйняття – особи з тривалою інституціоналізацією мають інші патерни самооцінки порівняно з тими, хто виріс у сім'ях.

Для персоналу БПП важливо враховувати ці розбіжності при розробці індивідуальних планів підтримки. У випадках переоцінки (як Марічка) необхідна делікатна робота над формуванням реалістичної самооцінки без руйнування самоповаги. У випадках тимчасової ейфорії (як Павло) важливо підтримувати позитивний настрій, водночас готуючи до можливих викликів у майбутньому. У випадках конвергенції (як Руслан, Володя, Ромчик) можна більше довіряти самозвітам мешканців як надійному джерелу інформації про їхнє благополуччя.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження ефективності індивідуально-орієнтованих психологічних програм як засобу розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання. Дослідження охопило 28 мешканців БПП з чотирьох міст України та 18 фахівців, які реалізують індивідуальні програми підтримки. Застосування змішаного методу – поєднання кількісних та якісних підходів – забезпечило валідність та повноту отриманих результатів.

Психодіагностичне дослідження за трьома стандартизованими методиками виявило гетерогенну картину соціальної адаптації мешканців БПП. Оцінка

самооцінки показала, що 64% мешканців мають середній рівень, 18% – низький та 18% – високий рівень. Дослідження задоволеності життям виявило середній рівень у 54% респондентів, низький – у 21%, високий – у 25%. Аналіз комунікативного контролю засвідчив, що 46% мешканців мають середній рівень, 36% – низький, 18% – високий. Ці результати свідчать про виражену індивідуальну варіативність показників адаптації, що підтверджує необхідність персоналізованого підходу до кожного мешканця.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між показниками психологічного благополуччя та тривалістю перебування в БПП. Встановлено, що систематична тривала підтримка позитивно корелює з усіма показниками адаптації, при цьому найсильніші кореляції спостерігаються з задоволеністю життям. Критично важливим висновком є виявлення того, що якість соціальних зв'язків, можливість приймати рішення щодо власного життя та відчуття автономії мають суттєво сильніші зв'язки з психологічним благополуччям порівняно з побутовими навичками. Це вказує на те, що якість життя визначається не стільки функціональною незалежністю, скільки соціальними та психологічними аспектами адаптації.

Глибинний якісний аналіз чотирьох індивідуальних випадків ілюструє різноманітні траєкторії соціальної адаптації залежно від попереднього досвіду, тривалості інституціоналізації, наявності підтримуючої родини та моделі БПП. Аналіз виявив, що подолання наслідків тривалої інституціоналізації вимагає років систематичної мультидисциплінарної роботи з обов'язковим включенням психологічної підтримки та корекції емоційних порушень. Водночас за наявності мотивації, відсутності глибокої інституціоналізації та ефективної роботи з травмою можливий значний прогрес протягом короткого періоду.

Інтеграція кількісних та якісних результатів підтвердила ефективність індивідуально-орієнтованих психологічних програм як засобу розвитку соціальної адаптації. Виділено п'ять ключових факторів успішності програм: тривалість та систематичність підтримки протягом років; якість соціальних зв'язків як найсильніший предиктор благополуччя; індивідуалізація на основі детального

розуміння історії та травм кожної особи; інтеграція роботи з емоційним здоров'ям у всі аспекти програми; забезпечення доступу до осмисленої зайнятості. Найбільшими бар'єрами залишаються наслідки тривалої інституціоналізації, нереалістичні очікування щодо свободи, труднощі емоційної регуляції та педагогічна занедбаність.

Порівняльний аналіз самооцінок мешканців та експертних оцінок персоналу виявив помірну конвергенцію двох перспектив, при цьому найвища узгодженість спостерігається в оцінці побутових навичок як найбільш об'єктивних аспектів, а найнижча – у сфері емоційної регуляції як внутрішнього стану. Розбіжності між оцінками пояснюються різними факторами: захисними механізмами після тривалої інституціоналізації, різними темпоральними перспективами оцінювання, а також обмеженістю доступу персоналу до внутрішніх переживань мешканців. Ці знахідки підтверджують необхідність використання множинних джерел інформації при оцінці соціальної адаптації.

Результати дослідження мають важливе практичне значення для вдосконалення роботи будинків підтриманого проживання. Для персоналу вони вказують на необхідність забезпечення тривалої систематичної підтримки, пріоритизації формування соціальних зв'язків, індивідуалізації програм та інтеграції роботи з травмою. Для розробників політики результати підтверджують потребу в збільшенні фінансування БПП, забезпеченні доступу до мультидисциплінарних команд та підтримці різноманітності моделей підтримки. Загалом, емпіричне дослідження підтвердило основну гіпотезу: індивідуально-орієнтовані психологічні програми в контексті будинків підтриманого проживання є ефективним засобом розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями, при цьому ефективність визначається якістю реалізації програм через тривалість, індивідуалізацію та комплексний підхід до всіх аспектів життєдіяльності.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено теоретичне й емпіричне дослідження особливостей використання індивідуально-орієнтованих психологічних програм у будинках підтриманого проживання як засобу розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями. Дослідження виконано в контексті глобального руху деінституціоналізації та утвердження права осіб з інвалідністю на самостійне життя в громаді, закріпленого Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю (2006).

Теоретичний аналіз сутності, структури та чинників соціальної адаптації осіб з ментальними порушеннями виявив, що соціальна адаптація є комплексним багатовимірним конструктом, що охоплює взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів. Інтеграція п'яти теоретичних підходів – біопсихосоціальної моделі, соціально-екологічної теорії, методології соціальної інклюзії, теорії адаптивної поведінки та особистісно-орієнтованого підходу – дозволила розглянути соціальну адаптацію як процес і результат активної взаємодії особи з соціальним середовищем на різних рівнях екологічної системи (мікро-, мезо-, екзо-, макросистема). Критичне значення для успішної адаптації мають не лише розвиток функціональних навичок, але й формування позитивної самооцінки, досягнення суб'єктивного благополуччя, розвиток якісних соціальних зв'язків та можливість самовизначення.

Аналіз концептуальних підходів до організації індивідуально-орієнтованих психологічних програм у системі підтриманого проживання показав, що ефективна індивідуально-орієнтована програма базується на комплексній оцінці всіх сфер життєдіяльності людини (побутові навички, комунікація, соціальні навички, емоційна регуляція, прийняття рішень, участь у громаді, здоров'я, навчання, зайнятість), враховує індивідуальні цілі та мрії особи, передбачає систематичну реалізацію через доказові методи навчання, постійний моніторинг прогресу та залучення мережі природної підтримки. Ключовими принципами є повага до автономії особи, орієнтація на сильні сторони замість дефіцитів, гнучкість програм

у відповідь на зміни потреб, максимальне включення самої особи в процес планування та прийняття рішень.

Дослідження міжнародного та вітчизняного досвіду функціонування будинків підтриманого проживання виявило, що модель БПП представляє фундаментально інший підхід порівняно з традиційною інституційною моделлю. Міжнародний досвід США, Великої Британії, скандинавських країн переконливо демонструє, що якісно організовані БПП забезпечують значно вищу якість життя, сприяють розвитку самостійності, соціальній інтеграції, підвищенню самооцінки та суб'єктивного благополуччя мешканців. В Україні станом на 2024 рік функціонує 20 БПП, у яких проживає 141 мешканець, що становить менше 1% від загальної кількості осіб з інтелектуальними порушеннями, які перебувають в інституціях (близько 23 000 осіб). Існуючий вітчизняний досвід демонструє як успішні приклади (БПП "Дім Гідності" у Львові, "Витяння" в Києві), так і системні виклики, пов'язані з недостатнім фінансуванням, браком кваліфікованого персоналу, стигматизацією в громадах, збереженням патерналістської культури в деяких закладах.

Емпіричне дослідження з використанням змішаного методу (інтеграція кількісного та якісного підходів) дозволило комплексно оцінити ефективність індивідуально-орієнтованих психологічних програм. Визначення критеріїв та показників соціальної адаптації здійснено на основі теоретичного аналізу та адаптовано до українського контексту. Критеріями обрано: (1) психологічне благополуччя (самооцінка, задоволеність життям), (2) комунікативна компетентність (рівень комунікативного контролю), (3) рівень розвитку адаптивних навичок за експертними оцінками персоналу в 9 сферах життєдіяльності. Використання множинних джерел інформації – самозвіту мешканців, експертних оцінок персоналу, глибинного якісного аналізу індивідуальних випадків – забезпечило тріангуляцію даних та підвищило валідність висновків.

Психодіагностичне дослідження 28 мешканців будинків підтриманого проживання з використанням стандартизованих методик (Шкала самооцінки

Розенберга , Індекс задоволеності життям LSIA, Діагностика комунікативного контролю Шнайдера) виявило гетерогенну картину рівня соціальної адаптації. Середні показники самооцінки ($M=25,1$, $SD=4,2$) та задоволеності життям ($M=13,8$, $SD=3,7$) знаходяться на помірному рівні, що свідчить про певні досягнення в адаптації, проте також вказує на простір для подальшого розвитку. Значна індивідуальна варіативність (за RSES від 17 до 35 балів, за LSIA від 8 до 19 балів) підтверджує необхідність індивідуалізованого підходу та неможливість застосування універсальних "one-size-fits-all" програм.

Порівняльний аналіз оцінок мешканців та персоналу виявив помірні позитивні кореляції ($r=0,42-0,68$), що свідчить про часткову конвергенцію двох перспектив, проте також і про значні розбіжності в окремих сферах. Найвища конвергенція спостерігається в оцінці побутових навичок ($r=0,68$) як найбільш об'єктивних та спостережуваних аспектів. Найнижча конвергенція характерна для емоційної регуляції ($r=0,38$) – внутрішнього стану, який персонал може оцінити лише опосередковано через зовнішні прояви поведінки. Глибинний аналіз індивідуальних випадків дозволив зрозуміти механізми розбіжностей: у випадку осіб з тривалою інституціоналізацією переоцінка навичок може функціонувати як захисний механізм самооцінки, тоді як у осіб на початковому етапі адаптації спостерігається ефект "ейфорії новини" від різких позитивних змін у житті. Ці знахідки підтверджують методологічну необхідність тріангуляції даних та неможливість покладатися виключно на один джерело інформації при оцінці соціальної адаптації осіб з інтелектуальними порушеннями.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між показниками психологічного благополуччя та характеристиками соціальної адаптації. Критично важливим висновком є виявлення значно сильніших кореляцій соціальних вимірів адаптації (комунікація, соціальні навички, участь у громаді, соціальні зв'язки) з психологічним благополуччям ($r=0,47-0,79$) порівняно з побутовими навичками ($r=0,28-0,44$). Задоволеність життям найсильніше корелює з можливістю приймати рішення щодо власного життя ($r=0,79$, $p<0,01$), якістю соціальних зв'язків ($r=0,77$, $p<0,01$) та відчуттям самотійності ($r=0,73$, $p<0,01$). Це

свідчить, що якість життя визначається не стільки функціональною незалежністю в побутових справах, скільки якістю соціальних стосунків, можливістю самовизначення, відчуттям автономії та приналежності до спільноти. Тривалість проживання в БПП позитивно корелює з усіма показниками адаптації ($r=0,31-0,59$, $p<0,01-0,05$), що підтверджує необхідність тривалої систематичної підтримки для глибоких змін у житті осіб після десятиліть інституціоналізації.

Інтеграція кількісних та якісних результатів дозволила виділити п'ять ключових факторів успіху індивідуально-орієнтованих психологічних програм:

- (1) час та систематичність підтримки протягом років, а не місяців;
- (2) якість соціальних зв'язків як найсильніший предиктор психологічного благополуччя;
- (3) індивідуалізація програм на основі детального розуміння унікальної історії, травм, можливостей та мрій кожної людини;
- (4) обов'язкова інтеграція роботи з емоційним здоров'ям та психологічною травмою в усі аспекти підтримки;
- (5) доступ до осмисленої зайнятості та продуктивної діяльності, що надає людині ідентичність, сенс, відчуття внеску в суспільство. Глибинний аналіз чотирьох детальних кейс-стаді ілюструє різноманітні траєкторії адаптації: від повільного систематичного прогресу після десятиліть інституціоналізації до швидких позитивних змін за наявності сильної мотивації та відсутності тривалого досвіду інституційного життя. Найбільшими бар'єрами залишаються наслідки тривалої інституціоналізації (залежність від системи, порушення здорової прив'язаності, стратегії виживання через конфлікт, відсутність досвіду відповідальності), нереалістичні очікування щодо свободи без відповідальності, труднощі емоційної регуляції, глибока педагогічна занедбаність.

На основі результатів дослідження розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення індивідуально-орієнтованих програм у будинках підтриманого проживання.

Для персоналу будинків підтриманого проживання: забезпечувати систематичну підтримку протягом років, а не місяців, усвідомлюючи, що глибокі

зміни вимагають часу; пріоритизувати формування якісних соціальних зв'язків над навчанням побутовим навичкам, оскільки саме соціальні стосунки є найсильнішим предиктором благополуччя; індивідуалізувати підтримку на основі детального розуміння унікальної історії, травм, сильних сторін та мрій кожної людини; обов'язково інтегрувати роботу з психологічною травмою та емоційним здоров'ям у всі аспекти програми; координувати дії всієї команди для забезпечення консистентності підходів та уникнення суперечливих повідомлень; надавати можливості для осмисленої зайнятості та продуктивної діяльності, що відповідає інтересам та можливостям людини; підтримувати гнучкість моделей підтримки (постійна, транзитна, змішана) залежно від потреб та контексту кожної особи; враховувати розбіжності між самооцінками мешканців та експертними оцінками при плануванні втручань, використовуючи їх як джерело інформації про внутрішній світ людини; бути терплячими та мати реалістичні очікування щодо темпів прогресу, особливо для осіб з тривалою історією інституціоналізації.

Для розробників державної політики у сфері деінституціоналізації: радикально збільшити фінансування будинків підтриманого проживання для забезпечення достатнього кадрового забезпечення (нині персонал перевантажений, що знижує якість підтримки); забезпечити доступ усіх БПП до мультидисциплінарних команд, що включають психологів, логопедів, ерготерапевтів, фізіотерапевтів; розробити національні стандарти якості індивідуально-орієнтованих програм з чітким акцентом на індивідуалізацію, повагу до автономії, орієнтацію на сильні сторони; підтримувати різноманітність моделей БПП (постійні, транзитні, з різною інтенсивністю підтримки) для відповіді на різноманітні потреби населення; інвестувати в спеціалізовані навчальні програми для персоналу, особливо в роботі з психологічною травмою, складною поведінкою, формуванням здорової прив'язаності; створити механізми підтриманої зайнятості для мешканців БПП, що включають партнерства з роботодавцями, навчання на робочому місці, адаптацію робочих завдань; забезпечити систему моніторингу та оцінки результатів БПП з використанням як об'єктивних показників адаптації, так і суб'єктивних оцінок благополуччя мешканців; прискорити процес

деінституціоналізації, оскільки кожен рік, проведений в інституції, створює додаткові бар'єри для майбутньої адаптації.

Для родин осіб з ментальними порушеннями: розглянути транзитні моделі БПП як можливість для розвитку самостійності члена сім'ї без повного відриву від родини; активно підтримувати практику набутих навичок вдома, створюючи можливості для їх застосування в сімейному контексті; співпрацювати з персоналом БПП у партнерській моделі, а не протиставляти домашнє та інституційне середовище; мати реалістичні очікування щодо темпів прогресу, усвідомлюючи, що адаптація є тривалим процесом; не сприймати залучення до БПП як прояв слабкості або відмови від родинних обов'язків, а як можливість для розвитку автономії члена сім'ї; брати участь у процесі планування індивідуальної програми, ділитися знаннями про особу, її історію, уподобання, страхи.

Теоретичне значення дослідження полягає в поглибленні розуміння механізмів соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах деінституціоналізації. Інтеграція п'яти теоретичних підходів (біопсихосоціальна модель, соціально-екологічна теорія, методологія соціальної інклюзії, теорія адаптивної поведінки, особистісно-орієнтований підхід) створює комплексну методологічну рамку для аналізу феномену адаптації на різних рівнях екологічної системи. Виявлення пріоритетної ролі соціальних вимірів адаптації (якість стосунків, можливість самовизначення, відчуття приналежності) над функціональними навичками у формуванні психологічного благополуччя доповнює існуючі теоретичні моделі та вказує на необхідність переосмислення традиційних підходів, що фокусуються переважно на навчанні навичкам самообслуговування. Застосування змішаного методу з тріангуляцією даних (самозвіт, експертна оцінка, глибинний якісний аналіз) демонструє методологічну цінність інтеграції різних епістемологічних традицій для всебічного розуміння складних психологічних феноменів.

Практичне значення роботи визначається прикладною спрямованістю результатів для вдосконалення практики будинків підтриманого проживання в Україні. Виділені п'ять ключових факторів успіху індивідуально-орієнтованих

програм надають конкретні орієнтири для персоналу БПП при плануванні та реалізації підтримки. Розроблені рекомендації для різних груп стейкхолдерів (персонал БПП, розробники політики, родини) мають безпосереднє практичне застосування. Детальний аналіз бар'єрів адаптації, особливо наслідків тривалої інституціоналізації, допомагає фахівцям краще розуміти виклики, з якими стикаються мешканці, та розробляти більш ефективні стратегії підтримки. Результати дослідження можуть бути використані при розробці національних стандартів якості індивідуально-орієнтованих програм, навчальних програм для персоналу БПП, інформаційних матеріалів для родин осіб з ментальними порушеннями.

Наукова новизна дослідження полягає у тому, що вперше в українському контексті здійснено комплексне вивчення ефективності індивідуально-орієнтованих психологічних програм у будинках підтриманого проживання як засобу соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями з використанням змішаного методу дослідження. Вперше виявлено та емпірично підтверджено пріоритетну роль соціальних вимірів адаптації над функціональними навичками у формуванні психологічного благополуччя цієї категорії населення в умовах українських БПП. Вперше застосовано тріангуляцію самооцінок мешканців, експертних оцінок персоналу та глибинного якісного аналізу для виявлення механізмів конвергенції та дивергенції різних перспектив оцінки адаптації. Вперше на українському матеріалі продемонстровано специфіку траєкторій адаптації осіб з тривалою історією інституціоналізації порівняно з особами, що виросли в сімейному середовищі.

Дослідження має певні обмеження, що необхідно враховувати при інтерпретації результатів. По-перше, відносно невелика вибірка (28 мешканців БПП, 4 детальні кейс-стаді) обмежує можливість узагальнення результатів на всю популяцію осіб з ментальними порушеннями в Україні. По-друге, переважна більшість учасників має легкий ступінь інтелектуального порушення, що не дозволяє оцінити ефективність індивідуально-орієнтованих програм для осіб з помірним та важким ступенем порушень, які становлять значну частину населення

інституцій. По-третє, дослідження фокусується на будинках підтриманого проживання, що вже функціонують відносно успішно, що може створювати позитивну упередженість у результатах. По-четверте, відсутність лонгitudного дизайну – не відстежуються зміни одних і тих самих осіб протягом років, а порівнюються особи з різною тривалістю проживання в БПП, що не дозволяє робити висновки про причинно-наслідкові зв'язки з такою ж впевненістю, як при лонгitudному дослідженні. По-п'яте, збір даних відбувався в період активних бойових дій в Україні, що могло вплинути на психологічний стан як мешканців, так і персоналу БПП.

Перспективи подальших досліджень включають: лонгitudне відстеження однієї когорти мешканців БПП протягом 3-5 років для виявлення динаміки змін та факторів, що прогнозують успішну адаптацію; розширення вибірки на БПП з різним рівнем якості функціонування для виявлення критичних компонентів успіху та бар'єрів; включення осіб з помірним та важким ступенем інтелектуального порушення для розробки специфічних рекомендацій щодо підтримки цієї категорії населення; вивчення довгострокових результатів адаптації – що відбувається з мешканцями БПП через 10-15 років після переїзду з інституції; аналіз економічної ефективності БПП порівняно з інституційним доглядом з урахуванням як прямих витрат, так і соціальних вигод; дослідження ролі конкретних компонентів індивідуально-орієнтованих програм – яка частка успіху пов'язана з психологічною підтримкою, яка з навчанням навичкам, яка з соціалізацією, яка з роботою з травмою; порівняльне дослідження постійних та транзитних моделей БПП для виявлення, для яких категорій населення кожна модель є більш ефективною; дослідження ролі природної мережі підтримки (сім'я, друзі, громада) у процесі адаптації мешканців БПП; вивчення специфіки адаптації в БПП осіб з подвійним діагнозом (інтелектуальні порушення + психічні розлади).

Загалом, проведене дослідження підтвердило основну гіпотезу роботи: індивідуально-орієнтовані психологічні програми в контексті будинків підтриманого проживання є ефективним засобом розвитку соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями. Ефективність визначається не лише

наявністю формальних індивідуальних планів, але передусім їх якістю: справжньою індивідуалізацією на основі глибокого розуміння особи, тривалістю та систематичністю підтримки, пріоритетною увагою до соціальних зв'язків та можливостей самовизначення, інтеграцією роботи з психологічною травмою, доступом до осмисленої діяльності. Результати дослідження мають важливе значення для розвитку системи деінституціоналізації в Україні, надаючи емпірично обґрунтовані орієнтири для вдосконалення практики будинків підтриманого проживання та розробки державної політики у цій сфері. Успіх моделі БПП з якісними індивідуально-орієнтованими програмами демонструє можливість гідного життя в громаді для осіб з ментальними порушеннями та необхідність прискорення процесу деінституціоналізації в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю: ратифікована Законом України від 16 грудня 2009 року № 1767-VI. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71
2. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 21 березня 1991 року № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>
3. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>
4. Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю» на період до 2025 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-п>
5. Про затвердження Порядку створення та діяльності будинків підтриманого проживання для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 2013 р. № 751. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/751-2013-п>
6. Байда Л. Ю., Красуцька О. В. Соціальна адаптація осіб з інвалідністю: теоретичний аналіз. Актуальні проблеми психології. 2019. Т. 1. Вип. 53. С. 5-12.
7. Бондар В. І., Синьов В. М. Соціальна реабілітація осіб з обмеженими можливостями. Київ: Наукова думка, 2018. 368 с.
8. Вавіна Л. С. Соціально-психологічна адаптація молоді з інтелектуальними порушеннями до самостійного життя: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Київ, 2017. 267 с.
9. Гордійчук С. В. Психологічні особливості соціальної адаптації осіб з інтелектуальною недостатністю. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. 2020. № 17. С. 34-45.

10. Данілавичюте Е. А., Литовченко С. В. Стратегія розвитку інклюзивної освіти. Київ: А.С.К., 2019. 120 с.
11. Дегтяренко Т. М. Корекційна робота з дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання. Київ: Слово, 2018. 340 с.
12. Деінституціоналізація та реформування системи надання послуг особам з порушеннями психічного здоров'я: аналітична доповідь. Київ: УІСД, 2021. 78 с.
13. Жук Т. В. Теорія та практика соціальної роботи: психолого-педагогічний аспект. Київ: ДАКККиМ, 2019. 220 с.
14. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. Інклюзивна освіта: від основ до практики. Київ: ТОВ «АТОПОЛ», 2016. 152 с.
15. Кравченко А. І. Психологічна підтримка осіб з інтелектуальними порушеннями в процесі соціальної адаптації. Проблеми сучасної психології. 2020. Вип. 47. С. 156-169.
16. Кульбіда С. В. Особливості соціалізації молоді з інтелектуальними порушеннями. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2019. Вип. 1. С. 89-95.
17. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Психологія особистості з особливими потребами. Київ: Главник, 2018. 432 с.
18. Матласевич О. В. Теорія і практика психологічного консультування: навчальний посібник. Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2019. 340 с.
19. Миронова С. П. Педагогіка інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2016. 164 с.
20. Москаленко В. Ф. Соціальна психологія. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 688 с.
21. Обухівська А. Г., Кисельова Г. В. Основи психології: підручник. Київ: Видавничий дім «Слово», 2020. 520 с.

22. Основи інклюзивної освіти: навчально-методичний посібник / за заг. ред. А. А. Колупаєвої. Київ: А.С.К., 2018. 308 с.
23. Пінчук Ю. В., Сак Т. В. Деінституціалізація: посібник для працівників сфери соціального захисту. Київ: Міленіум, 2020. 256 с.
24. Савчук О. М. Дидактика інклюзивної освіти: навчальний посібник. Умань: ФОП Жовтий О. О., 2019. 360 с.
25. Синьов В. М., Коберник Г. М. Основи дефектології. Київ: Вища школа, 2017. 328 с.
26. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: монографія. Київ: Фенікс, 2018. 368 с.
27. Соціальна робота з особами з інвалідністю: навчальний посібник / за ред. І. Д. Зверєвої, Л. М. Коваль. Київ: ДЦССМ, 2019. 424 с.
28. Таланчук П. М., Колупаєва А. А., Пронько А. В. Супровід дитини з особливими освітніми потребами в закладах освіти України. Київ: ТОВ «АТОПОЛ», 2020. 116 с.
29. Шевцов А. Г. Соціально-психологічні основи роботи з людьми з особливими потребами. Київ: Персонал, 2018. 312 с.
30. Mental Health for Ukraine [5] (МН4U). Звіт про дослідження будинків підтриманого проживання в Україні. Київ, 2023-2024. 145 с.
31. Bigby C., Frawley P. Social work practice and intellectual disability: A recognition and human rights approach. London: Red Globe Press, 2020. 296 p.
32. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. 352 p.
33. Claes C., Van Hove G., Vandeveldel S., van Loon J., Schalock R. Person-centered planning: Analysis of research and effectiveness. Intellectual and Developmental Disabilities. 2012. Vol. 50(3). P. 223-233.
34. Cummins R. A. Subjective quality of life of people with an intellectual disability: A review of conceptual and measurement issues. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2019. Vol. 32(3). P. 393-408.
35. Emerson E., Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. British Journal of Psychiatry. 2020. Vol. 191(6). P. 493-499.

36. Engel G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977. Vol. 196(4286). P. 129-136.
37. Goffman E. *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, 1961. 386 p.
38. Hatton C., Emerson E. Introduction: Health disparities, health inequity, and people with intellectual disabilities. *International Review of Research in Developmental Disabilities*. 2015. Vol. 48. P. 1-9.
39. Kozma A., Mansell J., Beadle-Brown J. Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: A systematic review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2019. Vol. 114(3). P. 193-222.
40. Lakin K. C., Prouty R., Alba K., Coucouvani K. *Residential services for persons with developmental disabilities: Status and trends through 2004*. Minneapolis: University of Minnesota, Research and Training Center on Community Living, 2006. 128 p.
41. Mansell J., Beadle-Brown J. Person-centred planning or person-centred action? Policy and practice in intellectual disability services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2004. Vol. 17(1). P. 1-9.
42. McConkey R., Collins S. The role of support staff in promoting the social inclusion of persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020. Vol. 54(8). P. 691-700.
43. Nirje B. The normalization principle and its human management implications. In R. Kugel & W. Wolfensberger (Eds.), *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. Washington, DC: President's Committee on Mental Retardation, 1969. P. 179-195.
44. O'Brien J. A guide to lifestyle planning: Using the Activities Catalog to integrate services and natural support systems. In B. Wilcox & G. T. Bellamy (Eds.), *A comprehensive guide to the Activities Catalog*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1987. P. 175-189.
45. Perry J., Felce D. Outcomes of ordinary housing services in Wales: Objective indicators. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2019. Vol. 49(1). P. 22-31.

46. Race D., Boxall K., Carson I. Towards a dialogue for practice: Reconciling social role valorization and the social model of disability. *Disability & Society*. 2005. Vol. 20(5). P. 507-521.
47. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. 326 p.
48. Schalock R. L., Verdugo M. A. *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2002. 448 p.
49. Schalock R. L., Keith K. D., Verdugo M. A., Gómez L. E. Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the quality of life of people with intellectual disabilities: From theory to practice*. Dordrecht: Springer, 2010. P. 17-32.
50. Shogren K. A., Wehmeyer M. L., Buchanan R. L., Lopez S. J. The application of positive psychology and self-determination to research in intellectual disability. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2016. Vol. 31(4). P. 338-345.
51. Stancliffe R. J., Abery B. H., Smith J. Personal control and the ecology of community living settings. *American Journal on Mental Retardation*. 2000. Vol. 105(6). P. 431-454.
52. Tassé M. J., Schalock R. L., Balboni G., et al. The construct of adaptive behavior. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*. 2012. Vol. 117(4). P. 291-303.
53. Thompson J. R., Bradley V. J., Buntinx W. H., et al. Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2009. Vol. 47(2). P. 135-146.
54. United Nations. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: United Nations, 2006. URL: <https://www.un.org/disabilities/>
55. Wehmeyer M. L. Self-determination and individuals with severe disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*. 2018. Vol. 30(3). P. 113-120.

56. Wolfensberger W. The principle of normalization in human services. Toronto: National Institute on Mental Retardation, 1972. 260 p.
57. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: WHO, 2001. 299 p.
58. Cummins R. A., Lau A. L. Community integration or community exposure? Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2003. Vol. 16(2). P. 145-157.
59. Felce D., Perry J. Quality of life: Its definition and measurement. Research in Developmental Disabilities. 1995. Vol. 16(1). P. 51-74.
60. Neugarten B. L., Havighurst R. J., Tobin S. S. The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology. 1961. Vol. 16. P. 134-143.
61. Inclusion International. Better Education for All: Global Report. 2020. URL: <https://inclusion-international.org/>
62. Mental Health for Ukraine. URL: <https://www.mh4u.in.ua/>
63. Open Society Foundations. Forgotten Europeans, Forgotten Rights: The Human Rights of Persons Placed in Institutions. 2010. URL: <https://www.opensocietyfoundations.org/>
64. United Nations Enable. Factsheet on Persons with Disabilities. URL: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/>
65. World Health Organization. Disability and health. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

ДОДАТКИ

Додаток А

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ

Шановний учаснику!

Запрошуємо Вас взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому вивченню особливостей соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями в умовах будинків підтриманого проживання.

Мета дослідження: теоретично дослідити й емпірично перевірити особливості використання індивідуально-орієнтованих програм у будинках підтриманого проживання як засобу соціальної адаптації молоді з ментальними порушеннями.

Процедура дослідження: Ваша участь передбачає заповнення кількох опитувальників, що займе приблизно 30-40 хвилин. Опитувальники містять питання про Ваше самопочуття, задоволеність життям, комунікативні навички та загальну інформацію про Вас.

Конфіденційність: Вся інформація, яку Ви надаєте в рамках цього дослідження, є повністю конфіденційною. Ваші відповіді будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Ваше ім'я та інші персональні дані не будуть розголошені. Результати дослідження будуть представлені лише у статистичному вигляді без можливості ідентифікації конкретних учасників.

Добровільність участі: Ваша участь у дослідженні є абсолютно добровільною. Ви маєте право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин. Відмова від участі або припинення участі в дослідженні не матиме жодних негативних наслідків для Вас.

Ризики та вигоди: Участь у дослідженні не передбачає жодних фізичних або психологічних ризиків. Деякі питання можуть стосуватися особистих переживань, але Ви завжди можете пропустити питання, на які не хочете відповідати. Ваша участь допоможе краще зрозуміти процеси соціальної адаптації та вдосконалити програми підтримки в будинках підтриманого проживання.

Використання результатів: Результати дослідження будуть використані для написання магістерської роботи та можуть бути опубліковані в наукових виданнях і представлені на конференціях. У всіх публікаціях буде збережено повну анонімність учасників.

Контактна інформація: Якщо у Вас виникнуть питання щодо дослідження, Ви можете звернутися до дослідника:

Валерія Мартинюк
Магістрантка спеціальності «Психологія»
Національний університет «Острозька академія»
Електронна пошта: valeriia.uvs@gmail.com

Науковий керівник:
Грицюта Оксана Федорівна
Національний університет «Острозька академія»

ЗГОДА УЧАСНИКА

Я підтверджую, що:

- Мені було надано достатньо часу для ознайомлення з інформацією про дослідження
- Я розумію мету та процедуру дослідження
- Мені відомо, що моя участь є добровільною
- Я можу відмовитися від участі в будь-який момент без пояснення причин
- Мені гарантовано конфіденційність наданої мною інформації
- Я маю можливість поставити запитання дослідникові

Я даю згоду на участь у даному дослідженні та на використання наданої мною інформації в узагальненому вигляді для наукових цілей.

☐ Я погоджуюсь взяти участь у дослідженні

(підпис учасника)

Дата: «__» _____ 2025 р.

Додаток Б
СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНА АНКЕТА
Шановний респонденте!

Просимо Вас відповісти на кілька загальних питань про Вас. Ця інформація є конфіденційною і буде використана виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Дякуємо за Вашу щирість та співпрацю!

1. Вкажіть Ваш вік: _____ років
2. Вкажіть Вашу стать:
 - ☐ Чоловіча
 - ☐ Жіноча
3. У якому будинку підтриманого проживання Ви проживаєте?
Назва БПП: _____
Місто: _____
4. Скільки часу Ви проживаєте в БПП?
 - ☐ Менше 6 місяців
 - ☐ 6 місяців – 1 рік
 - ☐ 1-2 роки
 - ☐ 2-5 років
 - ☐ 5-10 років
 - ☐ Більше 10 років
5. Де Ви проживали до переїзду в БПП?
 - ☐ У сім'ї (з батьками/родичами)
 - ☐ В інтернаті
 - ☐ В іншому закладі (вкажіть якому): _____
6. Якщо Ви проживали в інтернаті, скільки часу?
_____ років
7. Чи є у Вас контакт з родиною?
 - ☐ Так, регулярно спілкуюсь
 - ☐ Так, іноді спілкуюсь
 - ☐ Рідко спілкуюсь
 - ☐ Ні, контакту немає
 - ☐ Не маю родини

8. Ваш рівень освіти:

- ☐ Неповна середня освіта
- ☐ Середня освіта
- ☐ Професійно-технічна освіта
- ☐ Вища освіта

9. Чи маєте Ви роботу або регулярну зайнятість?

- ☐ Так, працюю на звичайній роботі
- ☐ Так, працюю в підтриманій зайнятості
- ☐ Так, відвідую денний центр/майстерню
- ☐ Ні, не працюю

10. Чи є у Вас індивідуальний план підтримки (ІПП)?

- ☐ Так
- ☐ Ні
- ☐ Не знаю

11. Якщо так, як часто переглядається Ваш індивідуальний план?

- ☐ Раз на місяць
- ☐ Раз на 3 місяці
- ☐ Раз на 6 місяців
- ☐ Раз на рік
- ☐ Не знаю

12. Чи берете Ви участь у складанні свого індивідуального плану?

- ☐ Так, активно
- ☐ Так, але частково
- ☐ Ні
- ☐ Не знаю

Дякуємо за Ваші відповіді!

Додаток В
МЕТОДИКА «ШКАЛА САМООЦІНКИ» М. РОЗЕНБЕРГА
(Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES)

Шкала самооцінки М. Розенберга (1965) є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для вимірювання глобальної самооцінки. Методика призначена для оцінки загального ставлення людини до себе, її самоповаги та самоприйняття.

Інструкція:

Нижче наведено ряд тверджень. Будь ласка, уважно прочитайте кожне з них і оберіть один варіант відповіді, який найбільше відповідає Вашій думці. Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Відповідайте щиро.

1. Я відчуваю, що я людина, гідна поваги, принаймні нарівні з іншими

- ☐ Повністю згоден(а)
- ☐ Згоден(а)
- ☐ Не згоден(а)
- ☐ Абсолютно не згоден(а)

2. Я схильний(льна) вважати, що я невдаха

- ☐ Повністю згоден(а)
- ☐ Згоден(а)
- ☐ Не згоден(а)
- ☐ Абсолютно не згоден(а)

3. Мені здається, що в мене є чимало хороших якостей

- ☐ Повністю згоден(а)
- ☐ Згоден(а)
- ☐ Не згоден(а)
- ☐ Абсолютно не згоден(а)

4. Я здатний(а) робити щось не гірше, ніж більшість інших людей

- ☐ Повністю згоден(а)
- ☐ Згоден(а)
- ☐ Не згоден(а)
- ☐ Абсолютно не згоден(а)

5. Мені здається, що мені немає чим пишатися

- ☐ Повністю згоден(а)
- ☐ Згоден(а)
- ☐ Не згоден(а)
- ☐ Абсолютно не згоден(а)

6. Я ставлюся до себе позитивно

- Повністю згоден(а)
- Згоден(а)
- Не згоден(а)
- Абсолютно не згоден(а)

7. В цілому, я задоволений(а) собою

- Повністю згоден(а)
- Згоден(а)
- Не згоден(а)
- Абсолютно не згоден(а)

8. Мені б хотілося мати більше поваги до самого себе

- Повністю згоден(а)
- Згоден(а)
- Не згоден(а)
- Абсолютно не згоден(а)

9. Іноді я відчуваю себе безкорисним(ою)

- Повністю згоден(а)
- Згоден(а)
- Не згоден(а)
- Абсолютно не згоден(а)

10. Іноді я думаю, що я ні на що не здатний(а)

- Повністю згоден(а)
- Згоден(а)
- Не згоден(а)
- Абсолютно не згоден(а)

Ключ для обробки результатів:

Для підрахунку загального показника самооцінки використовується наступна система балів:

Прямі твердження (1, 3, 4, 6, 7):

- Повністю згоден(а) = 4 бали
- Згоден(а) = 3 бали
- Не згоден(а) = 2 бали
- Абсолютно не згоден(а) = 1 бал

Зворотні твердження (2, 5, 8, 9, 10):

- Повністю згоден(а) = 1 бал
- Згоден(а) = 2 бали
- Не згоден(а) = 3 бали
- Абсолютно не згоден(а) = 4 бали

Загальний показник самооцінки обчислюється як сума балів за всіма 10 твердженнями.

Інтерпретація результатів:

- 10-20 балів – низька самооцінка
- 21-30 балів – середня самооцінка
- 31-40 балів – висока самооцінка

Чим вищий показник, тим вищий рівень самооцінки респондента.

Додаток Г
МЕТОДИКА «ІНДЕКС ЗАДОВОЛЕНOSTІ ЖИТТЯМ»
(Life Satisfaction Index A, LSIA)

Індекс задоволеності життям [33] (Life Satisfaction Index [33] A, LSIA [33]) був розроблений Б. Нойгартеном, Р. Хейвігхерст та С. Тобіном у 1961 році. Методика призначена для визначення загального психологічного стану людини, міри психологічного комфорту та соціально-психологічної адаптації.

Інструкція:

Прочитайте уважно кожне твердження і оберіть відповідь «Так» або «Ні» залежно від того, наскільки воно відповідає Вашому життю та почуттям. Відповідайте щиро, тут немає правильних чи неправильних відповідей.

1. З віком багато речей видаються мені кращими, ніж я очікував(ла) раніше

- ☐ Так
- ☐ Ні

2. Я отримав(ла) від життя практично все, чого очікував(ла)

- ☐ Так
- ☐ Ні

3. Зараз найкращий період у моєму житті

- ☐ Так
- ☐ Ні

4. Моє життя могло б бути щасливішим, ніж є зараз

- ☐ Так
- ☐ Ні

5. Це найпохмуріший період у моєму житті

- ☐ Так
- ☐ Ні

6. Більшість справ, які я роблю, є цікавими для мене

- ☐ Так
- ☐ Ні

7. Більшість справ, які я роблю, нудні або одноманітні

- ☐ Так
- ☐ Ні

8. Я очікую, що в майбутньому зі мною станеться щось цікаве та приємне

- ☐ Так
- ☐ Ні

9. Справи, які я роблю зараз, так само цікаві для мене, як і раніше

- ☐ Так
- ☐ Ні

10. Я почуваюся втомленим(ою) від життя

☐ Так

☐ Ні

11. Коли я оглядаюся на своє життя, я відчуваю задоволення

☐ Так

☐ Ні

12. Я не змінив(ла) б своє минуле життя, навіть якби міг(могла)

☐ Так

☐ Ні

13. Порівнюючи себе з іншими людьми, я задоволений(а) собою

☐ Так

☐ Ні

14. Я отримав(ла) значно більше від життя, ніж очікував(ла)

☐ Так

☐ Ні

15. Життя принесло мені більше розчарувань, ніж більшості людей, яких я знаю

☐ Так

☐ Ні

16. Я так само щасливий(а), як і був(була) раніше

☐ Так

☐ Ні

17. Я відчуваю свій вік і це мене засмучує

☐ Так

☐ Ні

18. Я впевнений(а), що в житті ще багато можливостей для мене

☐ Так

☐ Ні

19. Мені здається, що моє життя пішло не так, як я хотів(ла)

☐ Так

☐ Ні

20. Я вважаю, що моє життя склалося правильно

☐ Так

☐ Ні

Ключ для обробки результатів:

За кожну відповідь, що збігається з ключем, нараховується 1 бал.

Позитивні твердження (відповідь «Так» = 1 бал):

1, 2, 3, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 20

Негативні твердження (відповідь «Ні» = 1 бал):

4, 5, 7, 10, 15, 17, 19

Загальний показник задоволеності життям обчислюється як сума балів за всіма 20 твердженнями.

Інтерпретація результатів:

- 0-10 балів – низький рівень задоволеності життям
- 11-16 балів – середній рівень задоволеності життям
- 17-20 балів – високий рівень задоволеності життям

Чим вищий показник, тим вищий рівень задоволеності життям та загального психологічного благополуччя респондента.

Додаток Д
МЕТОДИКА «ДІАГНОСТИКА КОМУНІКАТИВНОГО КОНТРОЛЮ»
(М. ШНАЙДЕР)

Методика М. Шнайдера [34] призначена для вивчення рівня комунікативного контролю. Люди з високим комунікативним контролем постійно стежать за собою, добре обізнані про те, як вони виглядають і як їх поведінка впливає на інших. Люди з низьким комунікативним контролем не вважають за потрібне змінювати свою поведінку і менше звертають увагу на те, як їх сприймають інші.

Інструкція:

Уважно прочитайте 10 тверджень, що описують реакції людини на різні ситуації спілкування. Кожне з них оцініть як вірне («Так») або невірне («Ні») стосовно себе. Відповідайте швидко, не замислюючись.

1. Мені здається важким наслідувати манеру поведінки інших людей
 - Так
 - Ні
2. Я б, мабуть, міг зіграти роль у виставі, якби мені довелося
 - Так
 - Ні
3. Якщо мені здається, що комусь нецікаво зі мною, я намагаюся змінити свою поведінку
 - Так
 - Ні
4. Я часто справляю враження іншої людини, ніж я є насправді
 - Так
 - Ні
5. Мені важко відстоювати свою думку, навіть коли я знаю, що маю рацію
 - Так
 - Ні
6. Я можу говорити тільки про те, що мене щиро хвилює і цікавить
 - Так
 - Ні
7. У різних ситуаціях і з різними людьми я поводжуся зовсім по-різному
 - Так
 - Ні
8. Я зазвичай не намагаюся змінити свою манеру спілкування залежно від людини
 - Так
 - Ні
9. Я відкрито виражаю свої справжні почуття і переконання

○ Так

○ Ні

10. Я можу стримувати прояв своїх емоцій, якщо це необхідно

○ Так

○ Ні

Ключ для обробки результатів:

За кожну відповідь, що збігається з ключем, нараховується 1 бал.

Відповідь «Ні» на питання: 1, 5, 6, 8, 9

Відповідь «Так» на питання: 2, 3, 4, 7, 10

Загальна сума балів визначає рівень комунікативного контролю.

Інтерпретація результатів:

• 0-3 бали – низький комунікативний контроль

Поведінка стійка і людина не вважає за потрібне її змінювати залежно від ситуацій. Здатна до щирого розкриття себе в спілкуванні. Деякі вважають таку людину незручною в спілкуванні через пряму демонстрацію справжнього стану, думок і почуттів.

• 4-6 балів – середній комунікативний контроль

Людина щира, але не надто прямолінійна у своїх висловлюваннях. Стежить за собою у спілкуванні, намагається зрозуміти інших, але не завжди може керувати своїми емоційними проявами.

• 7-10 балів – високий комунікативний контроль

Людина легко входить у будь-яку роль, гнучко реагує на зміну ситуації і навіть здатна передбачити враження, яке вона справить на оточуючих. Добре володіє собою, постійно стежить за своїм зовнішнім виглядом і поведінкою.

Додаток Е
ЕКСПЕРТНА ОЦІНКА АДАПТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ [8] МЕШКАНЦІВ БПП
(для персоналу)

Шановний співробітнику!

Просимо Вас оцінити рівень соціальної адаптації мешканця будинку підтриманого проживання за 9 ключовими сферами життєдіяльності. Ваша оцінка допоможе краще зрозуміти ефективність індивідуально-орієнтованих програм підтримки.

Конфіденційність: Усі дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Інформація про мешканця:

Ім'я (код): _____

Вік: _____ років

Стать: ☐ Ч ☐ Ж

Тривалість проживання в БПП: _____

Попередній досвід: ☐ Сім'я ☐ Інтернат ☐ Інше

Інструкція:

Оцініть рівень розвитку навичок мешканця в кожній сфері за шкалою від 0 до 10 балів, де:

0-2 бали – майже повна залежність, потребує постійної допомоги

3-4 бали – значна залежність, потребує часої допомоги

5-6 балів – помірна залежність, потребує періодичної допомоги

7-8 балів – переважна самостійність, потребує мінімальної допомоги

9-10 балів – повна самостійність, не потребує допомоги

Оцініть мешканця за наступними сферами:

1. Побутові навички

(Приготування їжі, прибирання, особиста гігієна, прання, покупки)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

2. Комунікація

(Здатність виражати свої потреби, розуміти інших, підтримувати розмову)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

3. Соціальні навички

(Здатність будувати стосунки, працювати в команді, вирішувати конфлікти)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

4. Емоційна регуляція

(Здатність розпізнавати та регулювати свої емоції, справлятися зі стресом)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

5. Прийняття рішень

(Здатність робити вибір, планувати, оцінювати наслідки)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

6. Участь у громаді

(Використання громадського транспорту, відвідування закладів, участь у заходах)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

7. Здоров'я

(Здатність піклуватися про своє здоров'я, дотримуватися режиму прийому ліків)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

8. Навчання

(Здатність засвоювати нові навички, використовувати отримані знання)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

9. Зайнятість

(Здатність виконувати роботу, дотримуватися графіку, відповідальність)

Оцінка: 0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10 (обведіть)

Загальна оцінка соціальної адаптації:

На Вашу думку, загальний рівень соціальної адаптації цього мешканця є:

- Низьким (потребує інтенсивної підтримки)
- Нижче середнього (потребує значної підтримки)
- Середнім (потребує помірної підтримки)
- Вище середнього (потребує мінімальної підтримки)
- Високим (практично самостійний)

Додаткові коментарі:

Якщо Ви хочете додати будь-які коментарі щодо прогресу мешканця, особливих досягнень або викликів:

Ваша посада: _____

Дата заповнення: «__» _____ 2025 р.

Дякуємо за Вашу співпрацю!