



Стигма щодо осіб з інвалідністю та постраждалих від вибухонебезпечних предметів (ВНП) в Україні

Листопад 2025





Скорочення

IMAS	Міжнародні стандарти протимінної діяльності
WG/WG-SS	Вашингтонська група (підхід до функціональної оцінки)/Короткий набір питань
КПІ	Конвенція про права осіб з інвалідністю
ВНП	Вибухонебезпечні предмети
ЕКОПФО	Експертна комісія з оцінювання повсякденного функціонування особи
ЄКПЛ	Європейська конвенція з прав людини
ІКІ	Напівструктуроване інтерв'ю з ключовим інформатором
МКФ	Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я
МСЕК	Медико-соціальна експертна комісія (колишній орган визначення інвалідності)
ООІ	Організація осіб з інвалідністю
ПЗПС	Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка
Постраждалі від ВВП	Постраждалі внаслідок інцидентів, пов'язаних із вибухонебезпечними предметами
ФГД	Фокус-груповою дискусія
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй

Перелік таблиць

Таблиця 01. Вибірка опитування та профіль респондентів

Таблиця 02. Порівняльний огляд законодавства: Україна та міжнародні стандарти

Таблиця 03. Відповідність законів щодо соціального захисту та послуг міжнародним стандартам

Таблиця 04. Відповідність законодавства про зайнятість та пов'язаних сфер міжнародним стандартам

Таблиця 05. Форми та джерела стигми — підсумки ФГО

Таблиця 06. Вплив стигми на доступ до прав та ключових державних послуг

Таблиця 07. Підсумок регіональних та соціальних вимірів стигми

Таблиця 08. Погляди постраждалих від ВВП — підсумок вимірів стигми

Таблиця 09. Ефективні підходи до зменшення стигми та сприяння інклюзії

Зміст

Скорочення	2
Перелік таблиць	3
Зміст	4
Короткий підсумковий огляд	5
Вступ	8
Передумови та контекст	8
Мета та завдання дослідження	9
Методологія	11
Етапи дослідження	11
Вибірка та географічне охоплення	11
Аналіз даних	12
Обмеження польового дослідження	12
Правова та інституційна рамка, що формує стигму та інклюзію	13
Тематичний стовп А — Рівність, недискримінація та доступ до інформації	13
Тематичний стовп В — Соціальний захист, послуги та реабілітація	16
Тематичний стовп С — Зайнятість та економічна інклюзія	19
Форми та джерела стигми	21
Вплив на права та доступ до послуг	25
Регіональні та соціальні відмінності	29
Гендерні особливості сприйняття стигми	29
Функціональне різноманіття	30
Регіональні особливості	30
Перспективи постраждалих від вибухонебезпечних предметів	31
Погляди широкої громадськості, ООІ та надавачів послуг	32
Пріоритети законодавчих і структурних реформ	33
Нові підходи та практичні точки входу	35
Рекомендації	37
Рекомендації щодо зменшення стигми та інклюзивного врядування	37
Висновки та подальші кроки	40
Додаток 1: Підсумок результатів опитування (кількісні дані)	41
Додаток 2: Підсумок результатів польових досліджень (ФГД та ІКІ)	49
Додаток 3: Пріоритетні потреби	50
Додаток 4: Шляхи взаємодії зацікавлених сторін для зменшення стигми	51

Короткий підсумковий огляд

Стигма щодо осіб з інвалідністю та постраждалих від вибухонебезпечних предметів (ВНП) в Україні — це не питання індивідуальних установок. Вона є результатом того, **як інвалідність визначається, оцінюється, фінансується та представлена в діяльності державних інституцій і в суспільному житті.**

Попри важливі кроки України у напрямку наближення до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ), реалізація прав залишається нерівномірною. Внаслідок цього стигма відтворюється через повсякденні адміністративні процедури, взаємодію з надавачами послуг та публічні наративи, що зміцнюють залежність, нерівне ставлення та соціальну дистанцію.

Системна динаміка

Дослідження показує, що стигма діє одночасно на чотирьох взаємопов'язаних рівнях:

1. **Публічна стигма** — через стійкі наративи про залежність, трагедію або героїчну жертву.
2. **Самостигма** — у вигляді відчуття тягаря або необхідності «виправдовувати» свою участь у суспільному житті.
3. **Інституційна стигма**, вбудована у процедури надання послуг, системи сертифікації та комунікаційні норми, які зменшують суб'єктність людини.
4. **Структурна стигма**, що проявляється у фрагментованому врядуванні, медикалізованих критеріях, різній якості послуг у регіонах та фінансових прогалинах.

Ці рівні взаємно підсилюють один одного. Навіть за наявності прогресивного законодавства, механізми впровадження — **як перевіряється право на підтримку, як надаються послуги, як персонал взаємодіє з користувачами, як отримуються виплати** — продовжують транслювати недовіру та зменшену автономію.

Основні докази

- **Медикалізована сертифікація** залишається «воротами» до більшості прав і пільг. Люди мають постійно «доводити» втрату працездатності. Для постраждалих від ВНП паралельні системи пільг призводять до непослідовного ставлення та послаблюють спільну адвокацію.
- **Взаємодія з надавачами послуг** часто підсилює відчуття зменшеної суб'єктності. Рішення приймаються *про* людину, а не *разом* із нею — особливо щодо жінок та осіб, які отримали інвалідність у дорослому віці.
- **Участь у громаді** обмежена не законодавством, а соціальною дистанцією, бар'єрним середовищем та відсутністю місцевих мереж підтримки під керівництвом ООІ.
- **Вартість** є найсерйознішим бар'єром. Майже половина опитаних не може отримати послуги, транспорт, технічні засоби реабілітації чи підтримку через фінансову недоступність.
- **Зайнятість** — найвидиміша сфера стигми. Це зумовлено слабким дотриманням квот, недостатнім забезпеченням розумних пристосувань і хибними уявленнями про продуктивність людей з інвалідністю.

Стратегічні наслідки

Стигма зберігатиметься доти, доки система врядування в сфері інвалідності буде побудована довкола **верифікації втрат**, а не **підтримки участі**. Законодавче наближення — необхідне, але недостатнє.

Потрібна зміна того:

- як ухвалюються рішення,
- як надаються послуги,
- хто має повноваження впливати на реформу.

Дослідження визначає три взаємопов'язані сфери, які мають змінюватися одночасно:

Сфера	Стратегічний зсув	Практичне значення
Врядування та правові рамки	Перехід від медичної сертифікації → до функціональної, участі-орієнтованої оцінки	Консолідувати ЕКОПФО, гармонізувати військові/ цивільні пільги, припинити повторні переогляди
Надання послуг та місцева підтримка	Від інституційної моделі → до доступних, фінансово досяжних, громадських послуг	Розширити послуги вдома, транспортні субсидії, послуги перепочинку для піклувальників
Публічний наворот та репрезентація	Від жалю/героїзації → до видимості як учасників та громадських діячів	Підтримка ЗМІ, що керуються ООІ та постраждалими від ВВП, сторителінгу та інклюзивних стандартів комунікації

Нові точки входу для змін

Попри обмеження, різні актори в Україні вже демонструють інклюзивні практики:

- ООІ виконують роль центрів рівноправної підтримки та технічних партнерів у питаннях доступності та дизайну послуг.
- Локальні ініціативи доводять можливість інклюзивної освіти, підтримуваної зайнятості та кооперативних моделей економічної діяльності.
- Травма-орієнтовані та громадські підходи ПЗПСП зменшують самостигму та зміцнюють стійкість.
- Дискурс національного відновлення підвищив видимість інвалідності як частини колективної ідентичності країни.

Ці точки входу — реальні, масштабовані та політично своєчасні.

Висновки

Питання полягає вже не в тому, **чи** визнана інклюзія осіб з інвалідністю національним пріоритетом, а в тому, **чи будуть структури врядування, фінансування та підзвітності організовані так, щоб зробити інклюзію реальною в повсякденному житті.**

Зменшення стигми потребує:

- удосконалення функціональної оцінки та системи надання прав;
- зміцнення громадських послуг;
- послідовних, спільно створених публічних меседжів, що підкреслюють внесок та належність.

Коли видимість, участь і правозахисна практика поєднуються, стигма зменшується — **не через переконання, а через досвід.** Наступний крок — не концептуальний, а операційний: об'єднати чинні реформи, масштабувати те, що вже працює, і забезпечити, щоб відновлення здійснювалося **разом із людьми, а не замість них.**

Вступ

Передумови та контекст

Починаючи з 2014 року, а особливо після ескалації бойових дій у 2022 році, Україна стикається з безпрецедентними гуманітарними та інституційними викликами. Війна порушила роботу систем охорони здоров'я, освіти, зайнятості та соціального захисту, що матиме довготривалі наслідки для інклюзії осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП. Ці виклики розгортаються на тлі поступового розвитку політики у сфері прав осіб з інвалідністю, яка продовжує формуватися в умовах децентралізації та процесів відновлення.

Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ) у 2009 році та відтоді здійснює законодавчі й адміністративні кроки для узгодження національних рамок із її принципами. Закон «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», Стратегія безбар'єрності до 2030 року та низка урядових постанов відображають зростаючу прихильність до доступності, недискримінації та рівної участі. Інституційні реформи також включають ухвалення Національного плану дій з реалізації КПІ на 2023–2026 роки. Ці інструменти підтверджують намір України інтегрувати інклюзію осіб з інвалідністю у свою національну політику розвитку та відновлення.

З 1 січня 2025 року визначення інвалідності в Україні більше не здійснюється колишніми медико-соціальними експертними комісіями (МСЕК). Нова система ЕКОПФО (Експертна комісія з оцінювання повсякденного функціонування особи¹) стала офіційним механізмом встановлення інвалідності. Однак досвід респондентів свідчить, що соціальні та адміністративні наслідки функціонування МСЕК і досі відчутні — зокрема у ставленні, комунікаційних звичках та залишкових адміністративних процедурах, які ще не повністю перейшли на функціональний підхід.

Попри те, що ЕКОПФО є важливим кроком до оцінювання повсякденного функціонування та участі, її рання стадія впровадження означає наявність прогалин, непослідовностей і проблем із потенціалом у різних регіонах та установах. Ці інституційні умови визначають спосіб взаємодії осіб з інвалідністю з державою та послугами, призначеними їх підтримати.

Вплив війни загострив уже наявні бар'єри. Забруднення територій ВВП, переміщення населення та широкомасштабні пошкодження інфраструктури створили новий тиск на системи реабілітації, соціальної допомоги та інклюзивної освіти. Багато людей, які вперше стикаються з обмеженнями функціонування — через поранення, пов'язані з конфліктом, або інші причини — звертаються до систем, які вже працюють у режимі перевантаження.

Процес децентралізації, який передав значну частину соціальних функцій місцевим органам влади, створює як можливості, так і виклики. Він дозволяє розширити спектр послуг на рівні громади та ухвалювати рішення ближче до людей, проте водночас виявляє значні відмінності у спроможностях, ресурсах та обізнаності щодо стандартів інклюзії між областями. Регіональні диспропорції в доступності, якості соціального захисту та можливостях участі залишаються критично важливими для національних та міжнародних акторів.

У цьому динамічному середовищі стигма проявляється як ключова міжсекторальна проблема. Попри прогрес у сфері політики, законодавства та суспільної обізнаності, особи з інвалідністю та постраждалі від ВВП продовжують стикатися з упередженнями та інституційними бар'єрами, що обмежують їхню рівноправну участь.

Суспільний дискурс став більш відкритим, і багато людей з інвалідністю — особливо ветерани та цивільні постраждалі — стали помітнішими у громадському й політичному житті. Проте ця видимість не завжди конвертується у рівне ставлення або інклюзивну практику. Під час перебудови національних систем у воєнних умовах приховані форми стигми — у державних установах, послугах і громадах — продовжують впливати на те, як сприймається інвалідність і як реалізуються права на практиці.

¹ Міністерство охорони здоров'я України: Оцінка повсякденного функціонування особи. Доступно за адресою: <https://moz.gov.ua/uk/ekopfo>



Саме тому розуміння того, як стигма проявляється та функціонує в сучасному контексті, стало пріоритетом для національних стейкхолдерів і міжнародних партнерів. Це дає необхідну доказову базу для забезпечення того, щоб реформи, процеси відновлення та гуманітарні заходи відповідали принципам рівності, участі та гідності, закріпленим у КПІ.

Це дослідження, замовлене Данською радою у справах біженців (DRC), відповідає цій потребі, документуючи ключові соціальні та інституційні чинники, що підтримують стигму, та визначаючи практичні точки входу для просування більш інклюзивного врядування й надання послуг у процесі відновлення України.

Мета та завдання дослідження

В умовах складних реалій війни, переміщення та відновлення це дослідження було замовлене DRC з метою поглибити розуміння того, **як стигма впливає на повсякденне життя, права та участь осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП в Україні.**

Дослідження ґрунтується на ширшому зобов'язанні DRC щодо правозахисного та інклюзивного відновлення, визнаючи, що стигма залишається одним із найпоширеніших, проте найменш помітних бар'єрів на шляху до рівності.

Його мета не обмежується описом проявів дискримінації. Дослідження прагне **виявити механізми**, через які стигма відтворюється — у адміністративних системах, суспільних ставленнях та особистих переконаннях. Аналізуючи ці динаміки, робота має на меті сформувати практично застосовні знання, що можуть спрямувати політику, адвокацію та програмну діяльність, спрямовану на подолання стигми та просування рівності відповідно до КПІ.

В українському контексті стигма рідко є одноразовим актом виключення. Це багаторівневий процес, що розгортається одночасно на кількох рівнях:

- **публічна стигма**, що проявляється у соціальних стереотипах і громадських установках;
- **самостигма**, яку формують внутрішні переконання людей, що багаторазово стикалися зі знеціненням;
- **інституційна стигма**, закладена в процедурах, критеріях визначення прав чи нормах надання послуг;
- **структурна стигма**, яку підтримують прогалини у законодавстві, фрагментована координація та нерівний розподіл ресурсів.

Це розуміння узгоджується з міжнародними даними щодо динаміки стигми (наприклад, Inclusive Futures, 2022²). Ці взаємопов'язані рівні визначають не лише те, як сприймається інвалідність і травма внаслідок ВВП, але й **як інклюзія реалізується на практиці** — у сфері охорони здоров'я, освіти, зайнятості чи соціального захисту. Розуміння цих процесів є ключовим для забезпечення того, щоб реформи та заходи з відновлення не відтворювали виключення в іншій формі.

Загальна мета цього дослідження — отримати докази, які можуть призвести до реальних змін, впливаючи на реформи, стратегії адвокації та комунікаційні заходи, що протидіють стигмі в її основі.

Більш конкретно дослідження має на меті:

- Дослідити, **як стигма функціонує на різних рівнях** — індивідуальному, соціальному, інституційному та структурному — та як вона впливає на права і повсякденне життя осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП.
- Визначити **правові, адміністративні та соціальні механізми**, які підтримують або, навпаки, зменшують практики виключення.
- Дослідити **суспільні уявлення та роль ключових соціальних інституцій** — охорони здоров'я, освіти, зайнятості — у зміцненні або подоланні стигми.
- Задokumentувати **досвід людей**, що показує, як стигма перетинається з гендером, віком, функціональними порушеннями та географією конфлікту й переміщення.
- Запропонувати **доказові, чутливі до контексту стратегії** для змін у ставленнях та зміцнення інклюзивних систем, включаючи цілеспрямовану адвокацію та комунікаційні інструменти.

У підсумку, дослідження прагне сприяти інклюзивному відновленню та суспільній згуртованості в Україні, де особи з інвалідністю та постраждали від ВВП не розглядаються крізь призму обмежень чи залежності, а сприймаються як рівноправні учасники та рушійні сили змін у процесі перебудови своїх громад та інституцій.

² Inclusive Futures (2022). *Tackling Disability Stigma: A Technical Guidance Note*. Доступно за посиланням: <https://inclusivefutures.org/tackling-disability-stigma>

Методологія

У дослідженні було застосовано **змішаний методологічний підхід**, який поєднав аналіз законодавства та політики з емпіричними даними про суспільні уявлення та життєвий досвід. Така інтеграція методів забезпечила як широту, так і глибину — дозволяючи виявити не лише те, що закріплено в законах і документах, але й те, **як стигма відчувається, відтворюється та оскаржується** у повсякденній взаємодії та інституційній практиці.

Етапи дослідження

Дослідження реалізовувалося у **чотири взаємопов'язані та послідовні етапи**, розроблені для охоплення складності явища стигми з правової, інституційної та досвідної перспектив. Кожен етап формував окремий пласт доказів — від аналізу політики до висновків на рівні громад — що дозволило перейти від розуміння того, **як стигма структурована**, до того, **як вона переживається та відтворюється** у повсякденному житті.

1. **Огляд документів:** всебічний аналіз національного законодавства, політичних рамок та попередніх досліджень щодо інклюзії осіб з інвалідністю, підтримки постраждалих від ВВП та стигми.
2. **Опитування:** структурована анкета, поширена у шести областях для оцінки обізнаності, ставлень і досвіду стигми серед різних груп населення.
3. **Фокус-групові обговорення:** шість фасилітованих дискусій, що досліджували соціальні та емоційні виміри стигми за участю осіб із різними функціональними порушеннями, статтю та регіональним походженням.
4. **Напівструктуровані інтерв'ю з ключовими інформаторами:** глибокі інтерв'ю з особами з інвалідністю та піклувальниками для отримання інституційних перспектив і прикладів належної практики.

Цей поетапний підхід забезпечив **триангуляцію результатів** — взаємну перевірку висновків з документів, громадських уявлень та інституційного досвіду.

Вибірка та географічне охоплення

Дослідження охопило **6 областей України**, відібраних для відображення відмінностей у географії, впливі конфлікту та доступності послуг.

Участь в опитуванні взяли **163 респонденти**, серед яких особи з інвалідністю, постраждалі від ВВП, надавачі послуг, роботодавці, представники широкої громадськості.

Зокрема, **70 із 163 учасників** повідомили про значні порушення функціонування в принаймні одній категорії («значні труднощі» або «зовсім не можу»), що становить **приблизно 43%** вибірки.

Учасники ФГО (**N = 37**) та ІКІ (**N = 15**) відбиралися цілеспрямовано, із забезпеченням різноманіття щодо статі, віку та категорії функціонування.

Таблиця 01. Вибірка опитування та профіль респондентів

Метод	Мета	Учасники/джерела	Охоплення
Огляд документів	Проаналізувати чинне законодавство, стратегії та інституційні рамки щодо інклюзії осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП.	Понад 40 національних та міжнародних документів (закони, підзаконні акти, політики, стратегії, попередні дослідження).	Національний рівень
Опитування	Оцінити уявлення про інвалідність, інклюзію та стигму серед різних груп населення.	163 респонденти з 6 областей (особи з інвалідністю, постраждалі від ВВП, надавачі послуг, широка громадськість).	6 областей, міські та сільські території
ФГО	Дослідити особистий досвід та соціальні установки, пов'язані зі стигмою.	6 групових обговорень (37 учасників) — поєднання осіб з інвалідністю, членів ООІ та користувачів послуг.	6 областей
Інтерв'ю з ключовими інформаторами	Отримати експертні та інституційні перспективи.	15 напівструктурованих інтерв'ю з особами з інвалідністю та постраждалими від ВВП.	Національний і регіональний рівні

Аналіз даних

Кількісні дані опитування аналізувалися за допомогою описової та порівняльної статистики, тоді як якісні дані з ФГО та ІКІ опрацьовувалися методом **тематичного кодування**. Результати інтерпретувалися крізь призму чотирьох взаємопов'язаних форм стигми — **публічної, самостигми, інституційної та структурної** — щоб виявити, як установки та системи взаємодіють між собою, формуючи виключення або інклюзію.

Обмеження польового дослідження

Хоча проведене якісне дослідження надало цінні дані щодо досвіду та поглядів осіб з інвалідністю та інших зацікавлених сторін, під час інтерпретації висновків слід враховувати кілька обмежень:

1. Вибірка

У дослідженні використовувалася цілеспрямована вибірка, що є доречним для якісних досліджень експлораторного характеру. Учасників відбирали за релевантністю та доступністю, що могло призвести до певного **вибіркового зміщення**.

2. Географічне охоплення

Попри зусилля забезпечити регіональне різноманіття, не всі області України були охоплені однаково. Унаслідок цього **регіональні відмінності** у доступі до послуг, умовах на ринку праці чи інституційній чутливості можуть бути відображені не повною мірою.

3. Часовий контекст

Збір даних проводився між серпнем і вереснем 2025 року — в умовах триваючих національних та глобальних криз. Такі контекстуальні чинники (наприклад, **питання безпеки, переміщення, економічна нестабільність**) могли вплинути як на відповіді учасників, так і на доступність стейкхолдерів.

4. Тематичні рамки

Інтерв'ю та фокус-групи проводилися за попередньо визначеними тематичними напрямками, щоб забезпечити глибину та порівнянність відповідей. Така структура сприяла зосередженій дискусії, але могла **обмежити появу несподіваних тем** або міжсекторальних питань, які також заслуговують на увагу в майбутніх дослідженнях.

5. Упередження учасників та труднощі відкритого обговорення

З огляду на чутливість тем, пов'язаних зі стигмою, дискримінацією та інституційними бар'єрами, деякі учасники могли бути обережними у відповідях. **Побоювання щодо конфіденційності, соціальних очікувань або можливих наслідків** могли вплинути на ступінь відкритості під час обговорення. Це слід враховувати, оскільки такий вплив міг сформувати спосіб, у який респонденти ділилися своїми поглядами та досвідом.

6. Групова динаміка у фокус-групах

Фокус-групи надали насичені дані про спільний досвід, однак групова динаміка могла вплинути на активність окремих учасників. Люди з більш маргіналізованих підгруп могли відчувати менший комфорт у висловленні відмінних або дуже особистих поглядів у груповому середовищі. Цей потенційний **ефект приглушення** слід враховувати під час інтерпретації глибини та різноманіття зафіксованих перспектив.

Правова та інституційна рамка, що формує стигму та інклюзію

Тематичний стовп А — Рівність, недискримінація та доступ до інформації

У контексті стигми закони про рівність і недискримінацію є не лише формальними гарантіями — це інструменти, що визначають, чи визнаються особи з інвалідністю та постраждалі від ВВП **носіями прав**, чи залишаються об'єктами благодійності та інституційного контролю. Коли такі закони не мають операційної чіткості або механізмів виконання, вони ризикують укріплювати саме ті ієрархії, які мали б долати. Відповідні правові та політичні заходи показують, як зобов'язання України щодо рівності взаємодіє з реальними проявами стигми та інституційних упереджень.

Правова база України в сфері рівності та недискримінації — насамперед Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» (№ 5207-VI, 2012 р.) та більш ранній Закон «Про доступ до публічної інформації» (№ 2939-VI, 2011 р.) — формує офіційну основу для захисту прав і забезпечення прозорості. Хоча обидва закони містять важливі принципи, їх реалізація демонструє структурні та процедурні прогалини, які особливо впливають на осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП. Нижченаведений аналіз розглядає, як ключові законодавчі інструменти — зокрема Закон «Про засади запобігання та протидії дискримінації» — діють на практиці і як їхнє впровадження перетинається зі стигмою та виключенням, дозволяючи установкам та адміністративним рутинам відтворювати нерівність навіть у формально правозахисному середовищі.

Закон України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» (№ 5207-VI, 2012 р.)

Цей закон закріплює принцип рівності перед законом та забороняє як пряму, так і непряму дискримінацію у публічному та приватному житті (ст. 1, 6). Він містить широкий перелік ознак, за якими заборонена дискримінація — включно з інвалідністю — і вводить низку прогресивних механізмів, узгоджених із міжнародними стандартами.

Закон містить кілька позитивних елементів, що створюють міцну нормативну основу для рівності та недискримінації. Він визнає різні форми дискримінації — **пряму, непряму, ускладнену, а також переслідування та підбурювання до дискримінації** (ст. 1, 5) — що забезпечує важливий юридичний інструмент для подолання комплексних бар'єрів, з якими стикаються особи з інвалідністю. Стаття 4 вводить поняття **розумного пристосування** у сфері зайнятості та інших сферах, узгоджуючи національні положення з розумінням рівності, закріпленим у КПІ.

Стаття 1(12) також дозволяє впроваджувати «**позитивні дії**» або тимчасові спеціальні заходи для подолання структурної нерівності. За умови ефективного впровадження такі заходи могли б посилити доступ до зайнятості, реабілітації та освіти для осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП, водночас поступово впливаючи на суспільні установки.

Стаття 8 зобов'язує проводити **антидискримінаційну експертизу** проєктів нормативно-правових актів, створюючи превентивний механізм виявлення ризиків виключення ще до прийняття законодавства. Контроль за дотриманням закону закріплений за Уповноваженим Верховної Ради України з прав людини та відповідними органами влади (ст. 10–12), із залученням громадськості до нагляду.

Виявлені прогалини

Попри прогресивний зміст, закон значною мірою залишається декларативним. Кілька прогалин безпосередньо впливають на осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП:

- **Відсутність операційних визначень та процедур виконання.** Позитивні дії не мають визначених критеріїв, відповідальності або моніторингу, що залишає їхнє впровадження на розсуд інституцій. Така невизначеність відкриває простір для суб'єктивних трактувань, які можуть легітимізувати диференційоване ставлення та посилювати системну стигму.
- **Відсутність підходу до інтерсекційності.** Закон розглядає кожну ознаку дискримінації окремо, не враховуючи поєднані форми стигми (наприклад, інвалідність у поєднанні з травмою війни, бідністю чи гендером). Це послаблює захист для постраждалих від ВВП.
- **Слабка інституційна спроможність.** У міністерствах і місцевих адміністраціях немає спеціальних фахівців з недискримінації, що обмежує реальне впровадження закону на місцях.
- **Низька обізнаність і відсутність обов'язкового навчання.** Закон не передбачає обов'язкового навчання держслужбовців чи роботодавців. Як показали консультації, це підтримує упередження та нерівність у доступі до послуг.
- **Недостатній зв'язок із КПІ.** Інвалідність визначена як захищена ознака, але без операційних інструментів — таких як обов'язкові стандарти доступності, інклюзивна комунікація чи механізми забезпечення розумного пристосування.

У практичному вимірі ці обмеження означають, що формальне право на рівність не завжди перетворюється на реальний доступ до прав. Особи з інвалідністю продовжують стикатися з тягарем повторних переоглядів, недоступністю установ та обмеженими можливостями для оскарження порушень. Для постраждалих від ВВП, чий досвід включає і інвалідність, і травму, і соціальну стигму, відсутність інтерсекційного підходу поглиблює невидимість у системах послуг та зайнятості.

Закон України «Про доступ до публічної інформації» (№ 2939-VI, 2011 р.)

Прийнятий роком раніше, цей закон сприяє прозорості та підзвітності, зобов'язуючи органи влади **проактивно оприлюднювати інформацію**. Його значення для стигми полягає в тому, **хто і в якій формі** може отримати інформацію.

Закон містить кілька позитивних норм, що посилюють рівність, доступність і підзвітність у сфері доступу до інформації. Він забороняє дискримінацію при реалізації права на інформацію (ст. 10) і визнає доступ до інформації конституційною гарантією (ст. 3). Стаття 15 встановлює обов'язок проактивного оприлюднення ключової інформації — рішень, бюджетів, діяльності органів влади — створюючи правову основу для моніторингу програм у сфері інвалідності та реабілітації.

Вимоги відкритих даних додатково зобов'язують публікувати інформацію суспільного інтересу у **доступних форматах**, що дозволяє ООІ та гуманітарним організаціям аналізувати прогалини у послугах та ефективність політики. Це також підтримує адвокацію, засновану на даних, зокрема щодо **фінансування реабілітації, забезпечення технічними засобами та заходів доступності**.

Водночас залишаються прогалини у зборі та дезагрегації національної статистики. Інформаційні системи України досі не містять надійних даних на основі функціональних порушень — включно з тим, де проживають люди, які бар'єри вони мають і які послуги потребують. Ця прогалина обмежує планування і моніторинг, знижуючи видимість осіб з функціональними обмеженнями у національних процесах.

Коли інформація про права осіб з інвалідністю або постраждалих від ВВП є недоступною, це сигналізує, що ці питання — периферійні для суспільного життя. Недоступна комунікація **нормалізує виключення**, залишаючи багатьох людей поза громадським діалогом і суспільною обізнаністю. У цьому контексті формується подальший аналіз систем соціального захисту та реабілітації.

Таблиця 02. Порівняльний огляд законодавства: Україна та міжнародні стандарти

Закон/сектор	Відповідні міжнародні стандарти	Виявлені прогалини та бар'єри
Закон «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» (№ 5207-VI, 2012)	IMAS (недискримінація); КПІ ст. 5, 4(3), 8; ЄКПЛ ст. 14, Протокол 12	Відсутність інтерсекційних та операційних механізмів; слабке виконання; обмежена судова практика.
Закон «Про доступ до публічної інформації» (№ 2939-VI, 2011)	IMAS (прозорість та участь); КПІ ст. 9, 21; ЄКПЛ ст. 10	Вимоги щодо доступності не виконуються системно; формати недоступні для осіб із сенсорними порушеннями; слабкий моніторинг дотримання.

Тематичний стовп В — Соціальний захист, послуги та реабілітація

Правова та інституційна система соціального захисту в Україні є найбільш видимою сферою, у якій стигма набуває матеріальної форми. Якщо закони про рівність і недискримінацію задають принципи, то саме **системи соціального захисту визначають, як ці принципи застосовуються на практиці** — хто має право на підтримку, за яких умов і з яким рівнем гідності. Коли доступ до пільг або послуг залежить від медичної сертифікації, патерналістської термінології або дискреційних рішень, стигма проникає у самі механізми, покликані захищати.

Правова база України у сфері соціального захисту та реабілітації — зокрема Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (№ 875–XII, 1991 р.), Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (№ 2961–IV, 2005 р.) та Закон «Про соціальні послуги» (№ 2671–IX, 2019 р.) — визначає інституційні та фінансові зобов'язання держави щодо забезпечення інклюзії, рівності та доступу до підтримки. Сукупно ці закони позначають поступовий перехід до правозахисної та орієнтованої на громаду моделі підтримки.

Втім, впровадження залишається обмеженим медикалізованими критеріями, фрагментованими повноваженнями та нерівною місцевою спроможністю — умовами, які дозволяють стигмі, залежності та виключенню зберігатися під поверхнею формальних зобов'язань щодо інклюзії.

Часткове та фрагментоване застосування Міжнародної класифікації функціонування (МКФ) — переважно у її медичному компоненті — додатково зміцнює підхід, орієнтований на дефіцит. Замість оцінювання участі та бар'єрів середовища практика оцінювання продовжує надавати пріоритет ушкодженню, що підтримує медичну модель та уповільнює перехід до правозахисного врядування у сфері інвалідності.



Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю» (№ 2961–IV, 2005 р.)

Цей закон визначає рамки реабілітаційних послуг, спрямованих на відновлення фізичного, психологічного та соціального функціонування (ст. 1–3). Він окреслює інституційні структури, види реабілітації та принципи координації між державними і місцевими органами.

Закон містить кілька позитивних положень, які наближають національну систему до міжнародних стандартів і сприяють більш орієнтованому на людину підходу. Він забезпечує комплексну рамку, що охоплює медичні, психологічні, професійні та соціальні аспекти (ст. 4), і вимагає розробки **індивідуальних реабілітаційних програм** (ст. 10).

Реабілітація визначена як гарантована державою послуга, що фінансується з публічних коштів (ст. 6), а міжсекторальна співпраця між охороною здоров'я, освітою, зайнятістю та соціальним захистом (ст. 11–12) створює потенціал для інтегрованого надання послуг.

Стаття 13 закріплює участь організацій осіб з інвалідністю у розробці та моніторингу програм.

Якщо впроваджувати послідовно, ці норми можуть змістити акцент реабілітації з лікування на **розширення можливостей**, перетворюючи інституції з наглядців на інструменти автономії.

Виявлені прогалини

- Орієнтація на медичну модель: право на реабілітацію все ще залежить від сертифікації ушкодження ЕКОПФО; участь і бар'єри навколишнього середовища не оцінюються.
- Вузьке розуміння участі: реабілітація часто визначається як відновлення працездатності, що підкріплює ідею, що цінність людини вимірюється продуктивністю.
- Фрагментованість повноважень: дублювання ролей між секторами послаблює підзвітність.
- Відсутність індикаторів якості: результати вимірюються адміністративно, а не функціонально.
- Відсутність згадки про постраждалих від ВВП: закон не охоплює специфіку травм, пов'язаних із конфліктом.
- Застаріла термінологія та нерівномірна практика.

Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (№ 875–XII, 1991 р.)

Цей базовий закон визначає обов'язки держави щодо забезпечення участі осіб з інвалідністю в економічному, політичному та соціальному житті (ст. 1–4). Він містить низку позитивних положень для зміцнення рівності та участі.

Прембула та стаття 2 прямо забороняють дискримінацію за ознакою інвалідності. Стаття 2(3) узгоджує національне законодавство зі стандартами універсального дизайну та розумного пристосування.

Стаття 4 закріплює **міжсекторальні зобов'язання**, охоплюючи охорону здоров'я, освіту, зайнятість, житлову сферу та участь у суспільному житті.

Статті 7, 9 і 12 зобов'язують залучати ООІ до розробки політики.

Статті 10–11 визначають фінансування соціальних програм і ініціатив під керівництвом ООІ.

Однак розмежування між соціальним захистом і реабілітацією лишається концептуально нечітким, що призводить до дублювання мандатів і слабкої координації.

Виявлені прогалини

- Медичний ухил: доступ прив'язаний до сертифікації, що виключає психосоціальні та невидимі порушення.
- Патерналістична термінологія: зберігаються відсилання до «опіки» замість підтримки автономії.
- Слабкий нагляд за доступністю: виконання в основному добровільне.
- Фрагментована координація.
- Недостатня участь ООІ.

Закон України «Про соціальні послуги» (№ 2671-ІХ, 2019 р.)

Цей закон визначає організацію соціальних послуг для осіб і сімей у складних життєвих обставинах, включаючи осіб з інвалідністю.

Позитивні положення:

- Індивідуальна оцінка потреб і кейс-менеджмент (ст. 16–17).
- Національний реєстр надавачів послуг (ст. 19).
- Соціальні послуги як державна відповідальність (ст. 20).
- Партнерства з НУО і релігійними організаціями (ст. 21).
- Державні стандарти якості та інспекції (ст. 22).
- Визнання постраждалих від надзвичайних ситуацій, включно з ВВП, як цільової групи.

Виявлені прогалини

- Нерівність ресурсів: громади несуть відповідальність, але часто без фінансування та кадрів.
- Слабка міжсекторальна інтеграція.
- Натомість участь ООІ — рекомендаційна, а не обов'язкова.
- Надмірно жорсткі стандарти, що стримують інновації.
- Моніторинг без санкцій.
- Відсутність підходу до перехресної вразливості: для постраждалих від ВВП немає спеціалізованої підтримки.

Українська рамка соціального захисту та реабілітації демонструє поступ до інклюзії, але все ще залежить від медикалізованої сертифікації, фрагментованої координації та нерівномірної місцевої практики. Стигма зберігається не стільки через намір, скільки через **рутинні процедури та обмежену підзвітність**. Наступний розділ аналізує, як ці динаміки впливають на участь, зайнятість та економічну інклюзію.

Таблиця 03. Відповідність законів у сфері соціального захисту та соціальних послуг міжнародним стандартам

Закон/сектор	Відповідні міжнародні стандарти	Виявлені прогалини та бар'єри
Закон «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (№ 875–XII, 1991)	IMAS (соціально-економічна реінтеграція); КПІ ст. 9, 20, 28, 33; ЄКПЛ ст. 14, Протокол 1 ст. 1	Підхід, орієнтований на соціальну допомогу та благодійність; відсутній контроль за дотриманням доступності; немає партисипативного моніторингу відповідно до КПІ ст. 33.
Закон «Про соціальні послуги» (№ 2671–IX, 2019)	IMAS (допомога постраждалим через соціальну інтеграцію); КПІ ст. 9, 19, 28; ЄКПЛ ст. 8, 14	Відсутність системи особистої (персональної) підтримки; нерівномірне впровадження між регіонами; слабка міжвідомча координація.
Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (№ 2961–IV, 2005)	IMAS (допомога постраждалим — реабілітація); КПІ ст. 25–26, 19; ЄКПЛ ст. 8, 14	Переважно медикалізований та інституційний підхід; обмежені можливості підтримки у громадах; слабкі механізми підзвітності.

Тематичний стовп С — Зайнятість та економічна інклюзія

Кодекс законів про працю України (№ 322–08)

Кодекс визначає основні трудові права та принципи рівності, безпеки й недискримінації. Він містить кілька позитивних положень, що сприяють рівному ставленню.

Стаття 2(1) гарантує рівний доступ до безпечної праці та справедливої оплати для всіх працівників, прямо забороняючи дискримінацію, включно з дискримінацією за ознакою інвалідності. Статті 2–1 та 153–157 доповнюють ці положення принципами розумного пристосування та охорони праці, частково узгоджуючи національні стандарти з вимогами КПІ щодо доступного та безпечного робочого середовища.

Стаття 184 забезпечує **захист від звільнення** для осіб, які здійснюють догляд за особами з інвалідністю, що сприяє стабільності домогосподарств, де є особи з інвалідністю.

Однак на практиці нормативно-правові акти **не містять реалістичних стимулів** для найму та утримання працівників з інвалідністю. Тож інклюзія часто залежить від доброї волі окремих роботодавців, а не від системного виконання або економічних заохочень. Це послаблює реалізацію принципів рівності та зберігає низькі показники зайнятості серед осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП.

Виявлені прогалини

- **Збереження медикалізованої моделі:** трудові пристосування залежать від сертифікації ЕКОПФО, що виключає багатьох постраждалих від ВВП і осіб з невидимими інвалідностями.
- **Нечіткі вимоги до доступності:** обов'язки роботодавця щодо адаптації робочого місця не визначені, що залишає інклюзію дискреційною.
- **Слабкий нагляд:** контролюючі органи не мають достатніх повноважень чи спроможності для розслідувань і санкцій.
- **Відсутність міжсекторальної інтеграції:** заходи зайнятості мало пов'язані з реабілітаційними та соціальними системами.
- На практиці особи з інвалідністю та постраждали від ВВП часто стикаються з опором роботодавців, який подається як «практичні обмеження» чи «адміністративна складність». Такі ситуації демонструють, як **структурна стигма перетворюється на поведінку при наймі:** формальна рівність існує, але довіра та включення — ні.

Закон України «Про зайнятість населення» (№ 5067-17)

Цей закон регулює державну політику у сфері зайнятості, сприяючи рівному доступу та захисту від безробіття. Він містить низку позитивних положень, які розширюють економічну участь.

Стаття 4 прямо визначає осіб з інвалідністю та піклувальників як групи, що потребують додаткової підтримки, створюючи основу для **цільових заходів зайнятості**. Стаття 1(4) вводить ваучери на перенавчання та освіту впродовж життя, підтримуючи професійну реінтеграцію людей, які отримали інвалідність у дорослому віці. Відповідно до принципів КПІ, стаття 7 розширює розуміння зайнятості, включаючи самозайнятість, підприємництво та сімейні форми роботи — що збільшує можливості для економічної участі поза традиційними ринками праці.

Виявлені прогалини та наслідки

- **Залежність від сертифікації:** доступ до пільг та квот залежить від статусу інвалідності, що виключає багатьох постраждалих від ВВП або тих, хто чекає на визначення статусу.
- **Обмежені положення щодо розумного пристосування:** закон не містить практичних вимог щодо адаптації робочих місць чи гнучких умов.
- **Регіональні відмінності:** центри зайнятості мають різний рівень компетентності, що створює нерівний доступ до навчання та працевлаштування.

Законодавство України у сфері зайнятості забезпечує нормативну основу для рівності, але **бракує операційних механізмів**, щоб зробити інклюзію реальною. У межах обох законів стигма зберігається через бюрократичні залежності, застарілі визначення та слабку взаємодію роботодавців. Правові гарантії — необхідні, але недостатні без практичного впровадження та зміни ставлень.

Ці структурні суперечності — між правами «на папері» та виключенням «на практиці» — створюють передумови для наступного розділу, який пов'яже цей правовий аналіз із емпіричними результатами опитування, ФГО та інтерв'ю з ключовими інформаторами.

Таблиця 04. Відповідність законодавства у сфері зайнятості та пов'язаних норм міжнародним стандартам

Закон/сектор	Відповідні міжнародні стандарти	Виявлені прогалини та бар'єри
Кодекс законів про працю України (№ 322-08, 1971)	IMAS (зайнятість і реінтеграція); КПІ ст. 27, 9, 5; ЄКПЛ ст. 8, 14, Протокол 1 ст. 1	Відсутність дієвих механізмів розумного пристосування; постраждали від ВВП не охоплені; обмежена підзвітність роботодавців.
Закон України «Про зайнятість населення» (№ 5067-17, 2012)	IMAS (підтримка засобів до існування); КПІ ст. 26-28, 27; ЄКПЛ ст. 14, Протокол 1 ст. 1	Постраждали від ВВП не визначені як цільова група; квоти не виконуються; залежність від медичної сертифікації; відсутні стимули для інклюзивної зайнятості.

Форми та джерела стигми

Спираючись на правовий та інституційний аналіз, який показав наявність сильних формальних гарантій, але одночасно — стійку залежність від моделі, орієнтованої на ушкодження, слабе правозастосування та фрагментовану підзвітність, цей розділ досліджує, як такі структурні прогалини проявляються у повсякденному житті. Він демонструє, як стигма діє на чотирьох взаємопов'язаних рівнях — **публічному, внутрішньому (самостигматизація), інституційному та структурному**, — і як ці рівні накладаються та взаємно підсилюють один одного.

Закони можуть закріплювати право на рівність, але **стигма відтворює нерівність на практиці**. Вона проявляється не як поодинокі випадки, а через соціальні уявлення, інституційні звички та системні рішення, які формують те, як осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП сприймають, як до них ставляться та як їх включають у публічне життя.

У рамках глибинних інтерв'ю та фокус-груп учасники послідовно описували ситуації, коли інституційні процедури передавали меседж, що інвалідність — це відхилення від норми. Наприклад, кілька респондентів повідомили, що медичні працівники зверталися не до самої людини, а до її піклувальника, або припускали недієздатність, навіть не запитавши про уподобання.

Такі практики свідчать, що стигма вкорінена не лише в особистих переконаннях, а й у професійних нормах та рутинних рішеннях, які можуть сигналізувати про зменшену суб'єктність навіть без явної дискримінації.

Публічна стигма

Публічна стигма стосується того, як осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП сприймають у громадах та щоденному житті.

За результатами опитування, **понад третина респондентів стикалися з виключенням із соціальних або громадських активностей**, часто через жалісливі чи патерналістські установки — коли до них ставилися як до «тягаря» або об'єкта благодійності. У наративах ФГД проявилися два домінуючі стереотипи — **безпомічна людина** та **героїчний виняток**. Обидві рамки не залишають місця для звичайної соціальної участі.

Обмежена медійна репрезентація та формальні, символічні згадки в інформаційних кампаніях зміцнюють уявлення, що інвалідність або поранення від війни — це те, що виходить за межі «нормального» суспільного життя. Для багатьох респондентів стигма проявлялася не у ворожості, а у **тихій маргіналізації** — поглядах, коментарях або униканні, які передають занижену цінність. Такі щоденні дрібні сигнали руйнують впевненість і впливають на рішення щодо видимості, пересування та участі.



У сільських громадах поширеним було так зване **передбачуване виключення** — коли члени громади наперед вирішували, що участь буде «надто складною» або «недоречною», приймаючи соціальні рішення *замість* людини, а не *разом із нею*.

У містах респонденти частіше описували більш тонкі форми дистанціювання — уникнення або надмірну ввічливість, яка підкреслювала відмінність, а не приналежність.

Постраждалі від ВВП повідомляли про **додатковий конфліктний вимір стигми**: їх сприймали з насторогою або дискомфортом, часто через видимі травми чи припущення щодо емоційної нестабільності. Такі реакції відображають загальну боротьбу країни з переосмисленням соціальної спадщини війни.

Внутрішня стигма (самостигма)

Повторний досвід ігнорування, жалості чи недовіри може призводити до **внутрішньої інтеріоризації стигми**. Декілька учасників описували такі самообмеження, як уникнення соціального життя, заниження очікувань щодо освіти або працевлаштування, небажання просити про допомогу через страх оцінювання.

Піклувальники розповідали про випадки, коли родичі відмовлялися оформлювати пільги або брати участь у громадських заходах, бо «не хотіли бути тягарем». Такі поведінкові обмеження свідчать, що стигма, потрапивши всередину, **самовідтворюється**, зменшуючи амбіції навіть тоді, коли права формально існують.

Учасники, які набули інвалідність у дорослому віці, говорили про **втрату ідентичності**, пов'язану із суспільними очікуваннями незалежності та продуктивності. Це показує, що внутрішня стигма не лише емоційна — вона виникає зі структурних нарративів про цінність людини, прив'язаних до праці, ролі в сім'ї та самодостатності.

Інституційна стигма

Інституційна стигма проявляється не через намір, а через те, **як організовані та застосовуються правила і процедури**. Респонденти описували ситуації, коли адміністративні процеси, професійні установки або недоступна комунікація передавали недовіру або поблажливість.

Процедури підтвердження інвалідності часто називали **принизливими та виснажливими**, оскільки вони змушували людей «доводити» свій стан через повторні огляди. Навіть за умов постійного ушкодження доступ до послуг залежав від нав'язливої повторної перевірки — сигналізуючи, що право залежить від покори, а не від гідності. Стилі комунікації фахівців ще більше підсилювали нерівність: звертання не до людини, а через супроводжувача та відмова у наданні інформації у доступних форматах. Ці повсякденні практики демонструють, як **інституційні культури втілюють стигму**, перетворюючи системи, покликані забезпечувати інклюзію, на механізми повторного виключення.

Опитані постачальники послуг визнавали, що ці практики часто не є навмисними, а виникають через брак підготовки, неясні інструкції чи перевантаженість. Це свідчить, що інституційна стигма — **відтворювана**, а отже, її можна подолати шляхом реформ, а не лише зміною ставлень.

Структурна стигма

Структурна стигма стосується ширших моделей врядування та правових визначень, які системно обмежують осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП. Консультації та аналіз документів виявили чотири постійні елементи:

- **Орієнтація на ушкодження:** правові та адміністративні рамки продовжують віддавати перевагу медичній сертифікації над функціональною участю.
- **Фрагментовані повноваження:** розподілені мандати та нерівномірне місцеве впровадження роблять доступ залежним від громади та рішень службовців.
- **Слабкі механізми нагляду:** закони щодо недискримінації та доступності не мають дієвої системи моніторингу чи санкцій.
- **Упереджена репрезентація:** публічні нарративи часто подають інвалідність через призму благодійності чи трагедії.

Особливо це проявлялося там, де **військові та невійськові інвалідності** оброблялися через паралельні системи пільг, що створювало ієрархії «заслуги».

На всіх чотирьох рівнях стигма функціонує як **самопідсилювана система**. Публічна стигма формує взаємодії; повторні негативні контакти формують внутрішню стигму; інституційні практики нормалізують бар'єри; структурні механізми закодовують нерівність у врядуванні. Постраждалі від ВВП стикаються з додатковим, конфліктно зумовленим виміром виключення.

Водночас учасники описували **моменти солідарності та відновлення** — у групах взаємопідтримки, адвокаційних ініціативах ООІ, місцевих інклюзивних проєктах. У цих просторах проявлялися гідність, агентність і взаємне визнання — показуючи, що стигму, хоч і всепроникну, можна змінювати через видимість і участь.

Таблиця 05. Форми та джерела стигми — узагальнення за результатами ФГД

Тип стигми	Цитати	Прояв/джерело
Публічна стигма	«У культурних закладах і кав'ярнях нас просили піти, бо “неприємно дивитися”. Персонал звертався лише до супроводжуючого».	Соціальна відмова та видиме виключення у публічних просторах; осіб з інвалідністю сприймають як небажаних або таких, що «порушують комфорт» інших.
Внутрішня стигма	«Якщо люди з інвалідністю довго не соціалізуються, розвивається самостигматизація (“я не можу нічого робити”)».	Інтеріоризація негативних переконань, що веде до зниження самооцінки, ізоляції та уникання соціальної участі.
Інституційна стигма	«Мені відмовили у працевлаштуванні, бо в довідці про інвалідність помилково було вказано “непрацездатний”. Я мусив боротися, щоб це виправити».	Упереджені або патерналістські інституційні практики, які неправильно класифікують людину, обмежують автономію та створюють бар'єри в доступі до роботи, послуг і рівного ставлення.
Структурна стигма	«Чиновник сказав: заміна протеза тільки у 2027 році. А до 2027 я маю носити п'ять пар шкарпеток... Це правило “замінювати раз на два роки” — неправильне».	Системні політичні бар'єри, що затримують або обмежують необхідну підтримку, підтримуючи нерівні умови для осіб з інвалідністю.

Наступний розділ аналізує, як ці взаємопов'язані форми стигми проявляються у ключових публічних системах — охороні здоров'я, соціальному захисті та зайнятості, тобто там, де права найчастіше перевіряються на практиці в повсякденному житті.

Вплив на права та доступ до послуг

Спираючись на правовий аналіз, який виявив розрив між формальними гарантіями та їх фактичним виконанням, цей розділ розглядає, як системні слабкі місця проявляються у нерівному доступі до прав і послуг. Дані свідчать, що стигма впливає не лише на сприйняття, але й на **практичні маршрути доступу**. У кожному дослідженому секторі — охорона здоров'я, зайнятість і соціальний захист — стигма проявлялася як процедурні, комунікативні або бар'єри навколишнього середовища, які визначали, чи люди зверталися по послуги, чи отримували їх, і чи могли залишатися в системі підтримки.

Охорона здоров'я та реабілітація

За результатами опитування, **понад 40% респондентів стикалися з нерівним ставленням у медичних закладах**. Це включало зниження пріоритетності в лікуванні, фізичну недоступність приміщень, поблажливий або принизливий тон, — тобто прояви інституційної стигми, що підривають право на здоров'я та реабілітацію. Замість підходу, орієнтованого на людину, учасники часто стикалися з установками, які ставили під сумнів їхню «гідність» отримувати допомогу. Зокрема, запити на реабілітацію чи допоміжні засоби інколи знецінювали або ігнорували, особливо коли інвалідність не була очевидною: «Вони дивляться на мене так, ніби я витрачаю їхній час... Кажуть, що іншим потрібна допомога більше, ніж мені». (ФГД, Полтава)

До 2024 року статус інвалідності визначався МСЕК. Багато респондентів поділилися негативним досвідом цієї процедури. З січня 2025 року МСЕК офіційно скасовано та замінено **системою ЕКОПФО**, що ґрунтується на оцінці щоденного функціонування. Однак респонденти, які проходили оцінювання до 2025 року, досі відчувають наслідки старої медичної моделі — особливо нав'язливі вимоги до документів та відсутність визнання реальних функціональних потреб.



Хоча ЕКОПФО означає важливий адміністративний перехід від попередньої системи МСЕК, проте практика впровадження залишається нерівномірною. Ранні етапи роботи комісій не завжди відображають очікувані стандарти. Ця перехідність — поєднання інерції МСЕК та початкових труднощів ЕКОПФО — пояснює, чому багато людей досі сприймають систему як медикалізовану, фрагментовану та нерівномірну між регіонами.

Свідчення описували процедури як **надмірні та виснажливі**: повторні переогляди для незмінних станів, надмірна документація, недоступна комунікація. Ці практики відображають висновки правового аналізу: застарілі системи підтвердження інвалідності та відсутність оцінки функціонування підтримують залежність і знецінюють гідність.

Особи з психосоціальними або поведінковими особливостями стикаються з відкритим виключенням у публічних та інституційних просторах — їх просили покинути автобуси, кав'ярні чи клініки — що відображає тривале суспільне неприйняття «ненормативної» поведінки. Аналітичні огляди та оцінки гуманітарних організацій також показують, що стигма **стримує звернення по психологічну допомогу**, а інклюзивні протоколи реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я залишаються недостатньо розробленими.

У сукупності це поглиблює **нерівність доступу до профілактичних і реабілітаційних послуг**, суперечачи праву на охорону здоров'я без дискримінації.

Соціальний захист та адміністративні системи

У сфері соціального захисту стигма часто проявляється у **бюрократичній формі**.

Майже третина учасників опитування повідомила про принизливе або зневажливе ставлення з боку працівників соціальних служб, описуючи процес звернення по підтримку як принизливий, а не зміцнюючий: «Не люди, які потребують допомоги, повинні просити милостиню біля дверей; чиновники повинні бути тими, хто пропонує підтримку». *(Респондент опитування)*



Наративи фокус-груп показали, як адміністративний дизайн відтворює інституційну стигму. Щорічне повторне підтвердження інвалідності — навіть у випадках постійних станів — сприймалося як **ритуал недовіри**, що забирає час і знецінює людину. Хоча співчутливі соціальні працівники інколи пом'якшували ці ефекти, такі випадки були радше винятком. Учасники також згадували про **порушення конфіденційності**, такі як несподівані візити додому або передавання інформації без згоди. Такі практики посилювали патерналізм та недовіру.

Ці свідчення відображають системну фрагментацію, ідентифіковану у законах України про соціальний захист: медикалізовані критерії та дублювання повноважень закріплюють **залежність**, а не автономію. Деякі учасники розповіли про **неофіційні платежі**, пов'язані з отриманням довідки про інвалідність — форму структурної стигми, коли доступ до прав залежить від фінансових можливостей, а не від об'єктивних критеріїв. Піклувальники — особливо матері дорослих осіб з високими потребами підтримки — зазначали, що вони: «постійно на чергуванні», маючи обмежений доступ до відпочинку, участі, розподілу відповідальності та адекватних послуг підтримки.

Зайнятість та економічна участь

Сфера праці залишається однією з найбільш видимих арен, де стигма проявляється як економічне виключення. **Понад половину** респондентів опитування або особисто стикалися з дискримінацією на робочому місці, або вважали, що їх **не візьмуть на роботу через інвалідність чи поранення, пов'язане з ВВП**. Учасники наводили конкретні приклади: «У школі показували пальцем і сміялися... Коли я подавався на роботу, мене не взяли, бо «потрібна швидкість» — відмова через інвалідність». (Учасник ФГД, Львівська область). Особи з **невидимими інвалідностями** повідомляли, що приховували свій стан, щоб уникнути відмови. Ці переживання не лише обмежують можливості працевлаштування, але й посилюють **внутрішню стигму** та відхід із ринку праці.

Коли доступ до формальної зайнятості був недосяжним, багато хто переходив до **самозайнятості як стратегії виживання**. Хоча це забезпечувало гнучкість, такий вибір також свідчив про відсутність інклюзивних робочих місць і недоступність кредитів. Відповідальність за адаптацію фактично перекладалася з інституцій — на самих людей.

Ключові інформатори підтвердили, що хоча Кодекс законів про працю України та Закон «Про зайнятість населення» містять норми проти дискримінації й квотну систему, **виконання слабе**, а стимули — мінімальні. Доступність робочих місць і поінформованість про розумне пристосування залишаються нерівномірними, особливо у малих підприємствах і сільській місцевості.

Виявлені результати прямо відображають **розриви у впровадженні**, описані в аналізі трудового законодавства: формальна рівність існує на папері, але обмежена підзвітність і низька обізнаність роботодавців підтримують виключення. У результаті виникає **структурна стигма**: осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП продовжують сприймати як утриманців, а не як повноцінних учасників економіки, що зберігає нерівність через нестабільність доходів і брак соціального визнання.

У всіх трьох ключових сферах — охороні здоров'я, соціальному захисті та зайнятості — стигма функціонує як бар'єр для реалізації прав. Вона обмежує доступ до медичних послуг, підриває гідність у взаємодії із соціальними службами та стримує економічну участь. Сумарний ефект є **кумулятивним**: адміністративна й дискримінація на основі ставлення не лише позбавляє доступу до послуг, але й руйнує довіру до інституцій.

Ці результати підтверджують: **правових гарантій недостатньо**, якщо не трансформовані інституційні культури й не забезпечена підзвітність. Подолання стигми потребує **паралельних змін** — реформування процедур, підвищення кваліфікації фахівців і посилення ролі організацій осіб з інвалідністю — аби рівність, гарантована законом, стала реальною у повсякденному житті.

Таблиця 06. Вплив стигми на доступ до прав та ключових публічних послуг

Сфера права/послуг	Виявлені бар'єри	Вплив на людей
Охорона здоров'я та реабілітація	Відсутність пріоритетності в доступі до послуг; недоступні приміщення; поблажлива або принизлива комунікація; повторні та надмірні переогляди МСЕК.	Нерівний доступ до лікування; втрата гідності та довіри; уникнення лікарень і реабілітаційних центрів.
ПЗПС	Стигма щодо психосоціальних і поведінкових відмінностей; виключення з публічних просторів; низька обізнаність та відсутність інклюзивних протоколів.	Страх звертатися по підтримку; невирішений психосоціальний дистрес; невидимість потреб у сфері психічного здоров'я.
Соціальний захист та адміністративні системи	Принизливі або недовірливі взаємодії; щорічне повторне підтвердження навіть постійних інвалідностей; надмірна бюрократія; порушення приватності; неформальні платежі.	Емоційне виснаження; посилення залежності; знеохочення до отримання належних прав; підрив автономії.
Зайнятість та економічна участь	Дискримінація під час найму; негативні стереотипи щодо продуктивності та стабільності; відсутність доступності робочих місць і розумного пристосування.	Виключення з формального ринку праці; фінансова нестабільність; посилення внутрішньої стигми та соціальної ізоляції.

Перехресний бар'єр: фінансові витрати та економічне виключення

Результати опитування показують, що фінансові бар'єри є найбільш поширеною перешкодою для участі: **49,4% респондентів зазначили, що не можуть отримати необхідні послуги, допоміжні засоби, транспорт, реабілітацію або брати участь у громадських заходах через вартість**. Фінансове виключення відзначали як постраждалі від ВВП, так і особи з інвалідністю, не пов'язаною з війною, що свідчить: брак ресурсів підсилює соціальні та інституційні бар'єри. Учасники описували ситуації, коли послуги формально існували, але були недоступними на практиці, оскільки транспорт, ліки, проживання або особиста підтримка були фінансово непосильними. Ці бар'єри особливо впливали на осіб із порушеннями мобільності чи когнітивними відмінностями, а також на піклувальників — насамперед жінок, які надають повну та неоплачувану підтримку.

Без механізмів компенсації витрат, пов'язаних з інвалідністю, реформи у сферах реабілітації, зайнятості чи громадської участі ризикують приносити користь лише тим, хто вже має необхідні ресурси. Тому питання доступності вартості слід розглядати як **ключову складову рівної участі**, а не як додатковий елемент системи соціального захисту.

Регіональні та соціальні відмінності

Показавши, як стигма системно проявляється на суспільному, інституційному та структурному рівнях, у цьому розділі розглядається, як ці динаміки варіюються залежно від статі, функціональних обмежень, географії та соціальних груп.

Ці відмінності відображають не лише різний життєвий досвід, але й нерівномірне застосування норм рівності та доступності, визначених у правовому аналізі. Розуміння цих аспектів є ключовим для виявлення соціальних чинників виключення та розробки відповідей, які враховують перетин різних форм уразливостей. Результати ґрунтуються на даних опитування, ФГД, ІКІ та огляду документів.

Гендерні особливості сприйняття стигми

Учасники не пов'язували свої досвіди напряду з гендером, але їхні розповіді показують, що гендер непомітно формує те, як стигма відчувається та як вона проявляється. **Чоловіки з інвалідністю**, особливо ті, хто отримав травми внаслідок конфлікту або виробничих аварій, описували стигму через втрату соціальної ролі годувальника.

Вони говорили про фрустрацію та сором через неможливість працювати або забезпечувати родину, а члени громади часто сприймали їх як «нестабільних» або «інших». ФГД підтвердили, що соціальні очікування щодо маскулітності посилюють емоційний вплив стигми, стримуючи чоловіків від звернення по допомогу або від самоідентифікації як осіб з інвалідністю.

Жінки з інвалідністю постійно описували, що їх сприймають як залежних і таких, що потребують опіки, а не як самостійних осіб, здатних приймати рішення. Їхні свідчення показують, як патерналістські норми перетинаються з упередженнями щодо інвалідності, особливо у сфері державних послуг та адміністративних установ. Як зазначила одна учасниця зі Львова: **«У службах соціального захисту працівники звертаються до мого супроводжуючого — “поясність їй, покажіть їй”. Вони не говорять до мене безпосередньо. Це змушує мене почуватися виключеною»**. Подібні ситуації повідомлялися і під час взаємодії з роботодавцями чи навчальними закладами, де компетентність жінок піддавали сумніву, а їхні рішення — постійному контролю. Ця динаміка зменшує визнану суб'єктність жінок навіть там, де юридичні права формально існують.

Функціональне різноманіття

Стигма була найсильнішою там, де інвалідність була **не одразу помітною**. Учасники з когнітивними, психосоціальними або травматичними функціональними порушеннями часто описували, що їм не вірили ні інституції, ні громада. Ця динаміка — «ти не виглядаєш як людина з інвалідністю» — створює глибоко травматичну форму знецінення, яка поки що майже не відображена у правових визначеннях чи сервісних маршрутах. Це посилює недовіру, самоусунення та затримку у зверненні по допомогу.

Опитування, яке застосовувало Питання Вашингтонської групи, показало, що найбільша частка респондентів зі значними труднощами припадає на **складнощі із запам'ятовуванням або концентрацією та порушення мобільності**. Ці дві групи становлять найбільшу частину значних функціональних обмежень у вибірці.

Особи з порушеннями мобільності описували найбільш видимі та безпосередні форми виключення — недоступні простори, зневажливе ставлення з боку транспорту чи сервісних структур. Це часто призводило до вимушеної залежності та обмеженої мобільності поза домом — почуття «нас бачать, але не включають».

Навпаки, учасники з когнітивними чи психосоціальними особливостями стикалися з більш тонкими, але не менш шкідливими формами стигми. Їх часто сприймали як ненадійних або емоційно нестабільних, і багато хто стикався з недовірою під час звернення за ПЗПСП або реабілітаційною підтримкою.



Чітко проявлялася різниця між **видимими** та **менш видимими** формами інвалідності:

- видима інвалідність — **надмірне піклування, жалість,**
- невидима інвалідність — **недовіра, відмова, сумнів у правомірності потреб.**

Усі ці форми виключення мають спільне джерело — сприйняття інвалідності як порушення очікуваних соціальних ролей.

Регіональні особливості

Як у сільській, так і в міській вибірці найпоширенішою відповіддю було «співчуття, але не як до рівних» — ця позиція становила понад половину всіх відповідей у обох середовищах, що свідчить про відсутність суттєвих регіональних відмінностей у загальних установах.

У містах респонденти відзначали прогрес у доступності та інклюзії, але описували його як «поверхневий». Зміни були помітні більше у формах, ніж у змісті. Участь часто зводилася до «присутності без впливу».

У сільській місцевості стигма була більш **пряма, особиста і стійка**. Наявність небагатьох ООІ та слабкі державні послуги означали, що негативні уявлення лишалися непоставленими під сумнів. Учасники описували стан **«видимої невидимості»**: усі знають людину та історію її інвалідності, але не сприймають її як повноцінного соціального актора. Домашній догляд, хоч і важливий, часто посилював залежність та відсутність соціальної видимості. Можливості для працевлаштування були обмежені, а віддаленість від послуг ще більше поглиблювала виключення. Це створює замкнене коло залежності та репутаційної стигми, яке дуже складно зламати без зовнішньої підтримки.

Узагальнюючи:

- **Міські учасники** описували інклюзію як «видиму, але не впливову».
- **Сільські учасники** наголошували на близькості й персональному знанні, але зазначали, що ця близькість не зменшує стигму — навпаки, робить її більш стійкою та персоналізованою.

Таблиця 07. Узагальнення регіональних та соціальних вимірів стигми

Вимір	Основні прояви стигми та виключення
Жінки з інвалідністю	Сприймаються як залежні та такі, що потребують опіки; інфантилізуються працівниками служб; їхні рішення ставлять під сумнів; зіштовхуються з перетином гендерної та інституційної стигми, що підриває автономію та суб'єктність.
Чоловіки з інвалідністю	Відчувають стигму через втрату ролі годувальника та маскулінної ідентичності; сприймаються як нестабільні або менш здатні; уникають звернення по допомогу через сором і соціальні очікування.
Функціональне різноманіття	<ul style="list-style-type: none"> • Видимі порушення (наприклад, мобільність) — Найбільш піддаються публічному жалю та надмірній опіці; стикаються з фізичною недоступністю та соціальним униканням. • Невидимі порушення (когнітивні, психосоціальні) — Часто зустрічаються з недовірою або запереченням; запити на підтримку ставляться під сумнів, що призводить до інтерналізованої стигми та самоусунення.
Міські території	Прогрес переважно формальний та процедурний; участь часто символічна; інституційна стигма зберігається через жорсткість процедур і формалізм.
Сільські території	Стигма більш особиста, пряма та стійка; обмежена кількість ООІ та державних послуг; залежність від сімейного догляду посилює невидимість та безсилля.

Перспективи постраждалих від вибухонебезпечних предметів

Постраждалі від ВВП перебувають на перетині інвалідності, досвіду конфлікту та суспільного сприйняття. Їхні травми є видимими і часто викликають символічну повагу. Проте у повсякденних взаємодіях багато постраждалих описують відчуття соціальної дистанції — їх визнають, але не повністю включають. Це формує нюансовану форму стигми, яку можна охарактеризувати як визнання без реальної інклюзії.

Публічна стигма проявляється через жаль і дискомфорт. Постраждалі зазначали, що протези привертають небажану увагу або поблажливе ставлення, що підсилює уявлення про крихкість. Хоча в офіційному дискурсі вони часто вшановуються, повсякденні контакти частіше приносять ізоляцію, а не солідарність.

Постраждалі неодноразово підкреслювали, що реабілітаційна підтримка здебільшого зосереджується на фізичному функціонуванні, але не охоплює зміни ідентичності, які супроводжують травму та процес відновлення.

В усіх регіонах було відзначено відсутність структурованих шляхів рівноправної підтримки, що вказує на прогалину на перетині психосоціальної допомоги та зниження стигми.

Інституційна стигма проявляється через жорсткі процедури та недостатні бюджети. Постраждали в усіх регіонах описували тривале очікування на заміну протезів або на реабілітаційні послуги — інколи роками. Такі адміністративні затримки свідчать про бюрократичний, а не правозахисний підхід, у якому людина змушена пристосовуватися до системи, тоді як система повинна реагувати на її потреби.

Структурна стигма підтримується законодавчими нормами воєнного періоду, які встановлюють окремі схеми соціальних виплат для осіб, поранених унаслідок війни. Хоча ці положення покликані визнати їхню жертву, вони ненавмисно закріплюють нерівність між «військовими» та «цивільними» людьми з інвалідністю. Такий подвійний підхід сприяє конкуренції, формує напруження та фрагментує рух людей з інвалідністю, ізолюючи постраждалих від ВВП від ширших ініціатив інклюзії.

Жінки, які пережили інциденти, пов'язані з ВВП, стикаються з додатковим гендерним виміром — їх сприймають одночасно як жертв та як менш здатних до відновлення чи працевлаштування. Їхні історії демонструють, як поєднуються гендерні упередження та структурна стигма, посилюючи виключення в реабілітації, зайнятості та громадському житті.

У всіх регіонах постраждали від ВВП поєднують видимі функціональні обмеження з невидимою ізоляцією. Їхній досвід підкреслює ключовий виклик для системи врядування у сфері інвалідності в Україні: забезпечити рівність між різними групами людей з інвалідністю та водночас подолати ієрархії, що розділяють поранених унаслідок війни та цивільних.

Таблиця 08. Перспективи постраждалих від ВВП — узагальнення вимірів стигми

Тип/вимір стигми	Основні прояви та закономірності
Публічна стигма	Жалість і дискомфорт щодо видимих травм; протези привертають небажану увагу; символічна повага контрастує з соціальною дистанцією та униканням.
Інституційна стигма	Тривале очікування на заміну протезів і реабілітацію; жорсткі та недостатньо профінансовані системи змушують постраждалих пристосовуватися до бюрократичних процедур.
Структурна стигма	Окремі схеми соціальних виплат для поранених унаслідок війни та цивільних осіб з інвалідністю закріплюють нерівність і фрагментують рух людей з інвалідністю.
Гендерна стигма	Жінок, які пережили ВВП, сприймають як жертв, а не як здатних до дій; вони стикаються з посиленням виключення у реабілітації, зайнятості та громадському житті.
Сукупний ефект	Постраждалих публічно вшановують, але маргіналізують у повсякденному житті; вони одночасно отримують символічну честь та зазнають практичного виключення.

Погляди широкої громадськості, ООІ та надавачів послуг

Представники широкої громадськості загалом підтримували ідею рівних прав, але зберігали уявлення, засновані на милосерді та жалості. Понад третина опитаних визнали, що мають мало або зовсім не мають особистого контакту з людьми з інвалідністю, що свідчить: дистанція та відсутність взаємодії підтримують стереотипи. Як зазначив один учасник зі Львова: **«Або тебе жаліють, або називають сміливим за те, що ти робиш звичайні речі».**

Представники ООІ висловили найбільш структуровану та засновану на правах людини критику. Вони відкинули благодійницькі наративи та наголосили на збереженні медикалізованого підходу для визначення інвалідності та слабкому контролі за виконанням стандартів доступності. **«Ми говоримо про інклюзію, але вчителів і лікарів немає ні часу, ні підтримки, ні матеріалів. Усе існує лише на папері».**

Постачальники послуг — зокрема вчителі, медичні працівники та соціальні робітники — визнавали інклюзію як принцип, але вказували на брак ресурсів і навчання як на бар'єри. Роблячи це, вони часто відмежовувалися від відповідальності, подаючи стигму як системну, а не професійну проблему. Один з учасників описав розмову з директором місцевої державної установи, який сказав: **«Люди з інвалідністю все одно сюди не придуть, то навіщо робити це місце доступним?».**

Висновки показують, що стигма в Україні є багаторівневою — вона формується під впливом гендеру, типу функціональних порушень, географії та спадку конфлікту. Ці варіації демонструють, як національні норми рівності «фільтруються» через місцеву культуру, інституційну спроможність та соціальні очікування. Вони також підкреслюють, що інклюзію неможливо забезпечити лише шляхом ухвалення законів: вона потребує тривалого залучення та врахування реальних життєвих обставин тих, хто найбільше постраждав.

Серед усіх груп зацікавлених сторін простежувалася одна стійка закономірність: чим вищий рівень прямого контакту та спільної діяльності, тим нижчий рівень стигми. Це підтверджує, що стигма є не лише питанням ставлень, але й стосунків — і зменшується не лише завдяки інформаційним кампаніям, а передусім через тривалу взаємодію та спільну присутність.

Загалом результати дослідження показують, що стигма — це не одновимірне явище, а самопідтримувана система, що діє на міжособистісному, інституційному та структурному рівнях. Тому подолання стигми вимагає узгодження трьох елементів: представництва (видимості), участі (влади у прийнятті рішень) та інституційної підзвітності (чітких стандартів і моніторингу). Без цього узгодження структурна стигма й надалі відтворюватиметься, навіть за наявності прогресивних законів.

У наступному розділі розглядається, як ці диференційовані прояви стигми перетворюються на конкретні нерівності у доступі до медичних послуг, соціального захисту та зайнятості — сфер, у яких рівність найпомітніше перевіряється в повсякденному житті.

Пріоритети законодавчих і структурних реформ

Правова та інституційна база України демонструє зростаючу відданість інклюзії на основі прав людини, однак залишається фрагментованою, медикалізованою та слабо виконуваною. Сукупний результат — політичне середовище, яке визнає рівність у законі, але відтворює стигму на практиці. Проведений аналіз законодавства за трьома тематичними напрямками — рівність і недискримінація, соціальний захист та реабілітація, а також зайнятість та економічна інклюзія — виявив повторювані невідповідності, що підривають ефективне виконання положень КПІ, ЄКПЛ та стандартів IMAS.

1. Фрагментоване законодавче узгодження та дублювання повноважень

Більшість галузевих законів згадують інклюзію або реабілітацію, але не узгоджені в єдину правозахисну рамку. Міністерства працюють у межах власних мандатів і фінансових потоків, що призводить до різних критеріїв отримання допомоги та дублювання процедур. Особам з інвалідністю та постраждалим від ВВП доводиться орієнтуватися в декількох системах — медичній, соціальній, трудовій — без узгодженого ведення випадку чи обміну даними. Така структурна фрагментація послаблює підзвітність та ускладнює визначення відповідальних за виконання міжнародних зобов'язань.

2. Збереження медичної моделі

У всіх законодавчих актах інвалідність залишається визначеною через медичне порушення, а не через функціональні можливості чи бар'єри середовища. Домінування ЕКОПФО підтримує культуру «сторожового контролю», вимагаючи постійного доведення непрацездатності. Такий підхід посилює залежність, затримує доступ до реабілітації або роботи та підживлює негативні уявлення про осіб з інвалідністю як «нездатних» або «хронічно хворих». Для постраждалих від ВВП, у яких функціональні обмеження можуть змінюватися або мати психологічний характер, система майже не залишає простору для самовизначення чи реінтеграції.

3. Слабке виконання та символічна відповідність

Хоча закони містять прогресивні норми — квоти на працевлаштування, правила недискримінації, вимоги доступності — механізми виконання залишаються недостатньо забезпеченими та здебільшого номінальними. Санкції зрідка застосовуються, перевірки є нерегулярними, а процедури оскарження — неясними. Відсутність дієвого моніторингу дозволяє дискримінації та недоступності зберігатися без належного контролю. Через це законодавство сприймається як декларативне, а не трансформаційне, що підриває довіру суспільства та інституційну підзвітність.

4. Обмежена участь та консультації

Стаття 4(3) КПП вимагає активної участі осіб з інвалідністю та їхніх представницьких організацій у прийнятті рішень. На практиці участь залишається нерегулярною, реактивною та рідко інституціоналізованою. Консультації часто проводяться на пізніх етапах розробки політики, а зворотний зв'язок рідко враховується у фінальних рішеннях. Піклувальники та малі ООІ, особливо ті, що представляють осіб із психосоціальними чи інтелектуальними порушеннями, є ще менш видимими. Така обмежена участь підсилює структурну стигму, оскільки закони продовжують писатися «про» людей з інвалідністю, а не «разом із ними».

5. Перехресні та пов'язані з конфліктом прогалини

Існуючі юридичні інструменти розглядають інвалідність як окрему підставу захисту, не враховуючи перехресні чинники — гендер, сільську місцевість, вік, наслідки конфлікту. Постраждали від ВВП є прикладом цієї прогалини: хоча вони мають як фізичні, так і психосоціальні наслідки війни, жоден закон прямо не визнає їхні специфічні бар'єри у реабілітації, працевлаштуванні чи соціальній участі. Без визнання пов'язаних із конфліктом форм стигми національна правова база не може адекватно реагувати на дискримінацію, що ґрунтується на сприйнятті нестабільності чи ризику.

6. Інституційна культура та структурна стигма

Поза формулюванням законів, стигма вбудована у дизайн та поведінку інституцій. Адміністративні процедури наголошують на контролі, перевірці та залежності замість автономії та участі. Режими повторного підтвердження інвалідності, сегреговані заклади та непрозора бюрократична комунікація підтримують культуру недовіри. Через відсутність обов'язкового навчання посадові особи часто діють за інерцією, а не спираючись на права людини. Для постраждалих від ВВП та осіб з інвалідністю такі взаємодії зміцнюють почуття меншовартості та невидимості у державній системі.

7. Нові можливості для реформ

Прийняти МКФ як обов'язкову рамку для впровадження ЕКОПФО, щоб функціональна оцінка системно враховувала як індивідуальне функціонування, так і зовнішні бар'єри. Це забезпечить повний перехід від медичної моделі до правозахисного підходу та посилить зв'язок оцінки з маршрутами реабілітації, соціального захисту

та зайнятості.

Виявлені законодавчі та структурні недоліки вказують на чіткий напрямок реформ: переосмислення інвалідності через функціональну, участь-орієнтовану та перехресну призму; вбудовання механізмів моніторингу та виконання в усі сектори; і трансформація інституційної культури від «контролю» до «партнерства».

Нові підходи та практичні точки входу

Попри стійку стигму та інституційні бар'єри, дослідження виявило низку практик, які демонструють реалістичні та відповідні контексту шляхи до інклюзії:

Таблиця 09. Дієві підходи для зменшення стигми та просування інклюзії

Сфера	Що працює	Чому це важливо
Інклюзивна комунікація та публічна видимість	Спільний сторителінг у місцевих медіа допомогли змістити сприйняття від жалості до прав і внеску. Респонденти опитування, які бачили такі повідомлення, висловлювали більш позитивні ставлення.	Видимість зменшує дистанцію, коли репрезентація є гуманізованою, а не героїзованою чи трагічною.
Підтримка та адвокація, очолювана ООІ	Організації осіб з інвалідністю створюють безпечні простори та колективну впевненість («Тут ніхто не вибачається за те, ким він є»), що посилює голос спільноти та залучення до місцевого врядування.	Участь зменшує стигму та базує реформи на реальному досвіді.
Локальні інклюзивні ініціативи	Приклади включають адаптовані шкільні матеріали в Одесі та кооперативні моделі працевлаштування для постраждалих від ВВП у Дніпрі. Муніципалітети, які співпрацювали з ООІ, продемонстрували вимірюване покращення доступності.	Зміни вже відбуваються на місцях і створюють масштабовані моделі.
Вікна можливостей для інституційних реформ (ранні етапи)	Посилення ЕКОПФО, рамки інклюзивної освіти та зміни в політиці зайнятості відкривають можливості для впровадження підходів, заснованих на правах, якщо забезпечено координацію та ресурси.	Системи можна змінити, але потрібні міжвідомча узгодженість та співлідерство ООІ.
Інтегрована психосоціальна підтримка (ПЗПСП)	Травмоорієнтовані та групові підходи до реабілітації зміцнювали довіру, зменшували самостигму та підтримували реінтеграцію.	Стигма має психологічні виміри, і ПЗПСП може адресувати їх безпосередньо.

Нові практики — формування цілісних систем ідентифікації, оцінювання, визначення інвалідності та скерування, а також інших інклюзивних механізмів

Національна рамка для ідентифікації, оцінювання, визначення інвалідності та скерування в Зімбабве (2025 р.) демонструє, як фрагментовані системи можна перетворити на цілісну, функціональну та орієнтовану на участь модель. Розроблена завдяки міжвідомчій координації між міністерствами соціального захисту, охорони здоров'я та освіти, а також за технічної участі ООІ, ця рамка операціоналізує принципи КПІ через гармонізований національний процес. Ця система замінює медичну сертифікацію функціональною, заснованою на правах людини оцінкою, що базується на Міжнародній класифікації функціонування (МКФ) та методологіях Вашингтонської групи. Ідентифікація на рівні громади, яку проводять навчені працівники соціального захисту дітей та медичні працівники, напряду пов'язується з міждисциплінарними районними командами з оцінювання, що забезпечує безперервність між виявленням, функціональною оцінкою та визначенням права на отримання послуг. Процес повністю задокументований, прозорий і передбачає чіткі механізми оскарження.

Інші практики — такі як створення національної цифрової Системи інформації про інвалідність та планований запуск інтегрованої Картки особи з інвалідністю — свідчать про поступовий перехід до узгодженого, заснованого на правах підходу до управління питаннями інвалідності. Кілька країн (наприклад, Руанда, Грузія) здійснюють подібні кроки до єдиних реєстрів інвалідності та систем функціональної ідентифікації, що демонструє: Україна рухається у напрямку реформ, визнаних на міжнародному рівні.

Ці нові практики посилюють підзвітність і створюють основу для більш послідовного доступу до соціального захисту, охорони здоров'я та послуг із зайнятості після їх повного впровадження.

Рекомендації

Рекомендації щодо зменшення стигми та інклюзивного врядування

Законодавчі та інституційні реформи в Україні мають вийти за межі декларативних зобов'язань і забезпечити реальну рівність прав, участі та недискримінацію відповідно до Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (КПІ), Європейської конвенції з прав людини (ЄКПЛ) та стандартів допомоги постраждалим Міжнародних стандартів протимінної діяльності (IMAS). Наведені нижче рекомендації безпосередньо узгоджуються з Заключними зауваженнями Комітету КПІ 2024 року³, зокрема щодо функціональної оцінки, узгодженого врядування, рівності виплат і участі, очолюваної організаціями осіб з інвалідністю (ООІ). У сукупності ці заходи окреслюють практичний шлях до справжньої рівності, підзвітності та демонтажу структурної стигматизації в правових та інституційних системах України.

Уряд України

Вдосконалення ЕКОПФО

- Забезпечити повне та послідовне впровадження системи експертних команд шляхом заміни всіх залишкових практик медико-соціальних експертних комісій (МЕК) та інтеграції опитувальників, заснованих на Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), для оцінки функціональних можливостей і соціальних бар'єрів. Це підтримує перехід від медичної моделі до підходу, заснованого на потребах людини.
- Скасувати багаторазові повторні переогляди для осіб із постійними або прогресуючими станами.

Посилення механізмів виконання

- Створити Національний механізм координації з питань інвалідності при Кабінеті Міністрів України для узгодження законодавства, стандартизації термінології та інтеграції індикаторів інклюзії осіб з інвалідністю до національних стратегій розвитку та відновлення.
- Розширити моніторингову роль Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини для моніторингу дискримінації за ознакою інвалідності та порушень доступності, а також запровадити адміністративні й фінансові санкції за недотримання стандартів доступності.
- Внести зміни до Закону України «Про зайнятість населення» та Кодексу законів про працю України з метою чіткого визначення обов'язків роботодавців щодо забезпечення розумного пристосування та гарантування прозорого моніторингу виконання квот працевлаштування.
- Запровадити обов'язкове навчання з питань КПІ, IMAS та зменшення стигматизації для працівників міністерств і установ публічної служби з метою зміни інституційної поведінки від контролюючої до орієнтованої на права людини.

³ Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю (КПІ). Заключні зауваження до об'єднаних другого та третього періодичних звітів України (CRPD/C/UKR/CO/2-3). Організація Об'єднаних Націй, 2 жовтня 2024 року. Доступно за посиланням: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FUkr%2FCO%2F2-3&Lang=en

Органи місцевого самоврядування

Покращення доступу до послуг

- Покращення надання всіх базових, доступних послуг на рівні громади шляхом підвищення обізнаності щодо інклюзивних підходів та комунікації, проходження тренінгів, навчання тощо.
- Покращити транспортне забезпечення для доступу до реабілітаційних та інших життєво необхідних послуг шляхом усунення найпоширеніших бар'єрів, зокрема фінансових перешкод для користувачів послуг та нестачі ресурсів у надавачів послуг.
- Впроваджувати виїзні та мобільні команди надання послуг у сільській місцевості з метою подолання «видимої невидимості» та залежності, з якими стикаються мешканці малих громад.
- Встановлювати партнерство з місцевими організаціями осіб з інвалідністю для проведення аудитів доступності та моніторингу якості місцевих публічних послуг.

Надавачі медичних, освітніх та соціальних послуг

Впровадження підходів, заснованих на правах людини

- Запровадити стандартні протоколи взаємодії з отримувачами послуг, що гарантують автономію та поінформоване прийняття рішень.
- Покращити надання допоміжних засобів та реабілітації відповідно до клінічної потреби, а не за жорстко визначеними багаторічними інтервалами, які переривають мобільність і незалежність постраждалих від ВВП.
- Розробити та дотримуватися інклюзивних комунікаційних настанов для сприяння поважній взаємодії та уникнення медикалізації, інфантилізації або наративів «героїзації війни».
- Створити механізми зворотного зв'язку та подання скарг, які є безпечними, доступними та конфіденційними, щоб користувачі послуг могли повідомляти про принизливе або зневажливе ставлення.

Гуманітарні організації, НУО з питань розвитку, донори та міжнародні партнери

Інституціоналізація участі

- Посилити роль організацій осіб з інвалідністю в розробці та моніторингу політик шляхом обов'язкових консультацій, забезпечення їхньої участі в координаційних структурах через окреме фінансування, а також надання довгострокової підтримки для інституційного розвитку поза межами проєктних циклів.
- Забезпечити інклюзивні підходи до набору персоналу та політики на робочому місці у власних організаціях, а також підтримувати пілотні проєкти з інклюзивного працевлаштування та програм взаємної підтримки.
- Узгоджувати донорські вимоги з принципами КПІ та IMAS, щоб ресурси підтримували єдині національні системи, а не створювали фрагментовані, паралельні механізми надання послуг.
- Очолювати та розширювати програми підтримки «рівний-рівному» для подолання внутрішньої стигматизації, зміцнення впевненості та сприяння залученню до життя громади.

Підтримка системних змін

- Сприяти сторителінгу та медіакампаніям під керівництвом організацій осіб з інвалідністю та постраждалих, щоб переосмислити суспільні наративи навколо внеску та громадянської участі, відходячи від жалості або героїзації.
- Активно моніторити бар'єри, прогалини в доступності та скарги на дискримінацію й надавати національним координаційним органам висновки, засновані на доказах.
- Надавати технічну допомогу для реалізації ключових державних реформ, а також системних змін, спрямованих на покращення доступу до послуг.

Висновки та подальші кроки

Результати цього дослідження показують, що стигма щодо осіб з інвалідністю та постраждалих від вибухонебезпечних предметів в Україні — це не окреме упередження, а багаторівнева система, сформована одночасно суспільними уявленнями, інституційними практиками та структурними механізмами. Хоча нормативно-правова база дедалі більше узгоджується з принципами КПП, а національний дискурс відбудови підвищив видимість інвалідності, практичне впровадження залишається нерівномірним. Збереження медикалізованої моделі встановлення інвалідності, фрагментовані мандати установ та обмежена підзвітність і надалі визначають, як інклюзія відчувається у повсякденному житті.

У відповідях опитування, ФГД та ІКІ учасники послідовно наголошували, що стигма найгостріше проявляється в точках доступу до послуг — особливо у сфері охорони здоров'я, проходження оцінки інвалідності, органах соціального захисту та службах зайнятості. Такі взаємодії часто свідчать про зменшення впливу, умовну підтримку або очікування покірності, а не партнерства та прав. У підсумку формується середовище, де суспільна стигма (жалість, дистанціювання), інституційна стигма (процедурні бар'єри) та самостигма (замкнення, заниження очікувань) взаємно підсилюють одна одну.

Важливо, що дані показують: **фінансові бар'єри є найсильнішим фактором виключення**, про який повідомили респонденти. Якщо доступність за вартістю не буде вирішена паралельно з інституційною реформою та подоланням стигми, інклюзія залишатиметься вибірковою та умовною.

Водночас дослідження виявило чіткі та реалістичні шляхи вперед. Видимість осіб з інвалідністю — включно з ветеранами — зростає. ООІ поступово стають центрами взаємопідтримки, адвокації та технічного партнерства. Місцеві інновації демонструють, що інклюзивні практики можливі й дієві, коли участь закладена з самого початку. Такі ініціативи, як спільно розроблені інформаційні кампанії, пілоти підтриманого проживання, інклюзивні робочі місця та травмоорієнтовані ПЗПСП-підходи, показують реальні точки входу для масштабування змін.

У сукупності докази свідчать, що стигму можна найефективніше зменшити тоді, коли реформи поєднують три ключові елементи:

1. **Правозахисна інституційна практика** — перехід від контролю до партнерства у наданні послуг.
2. **Публічна видимість і зміна наративів** — нормалізація присутності, внеску та різноманіття осіб з інвалідністю та постраждалих від ВВП.
3. **Змістовна участь** — залучення ООІ як співрозробників, тренерів і моніторингових партнерів, а не символічних консультантів.

Ці напрями узгоджуються з поточними національними реформами, включно із запровадженням ЕКОПФО, децентралізацією соціальних послуг, розвитком інклюзивної освіти та процесами планування відбудови. Наступний крок — з'єднати ці реформи так, щоб вони підсилювали одна одну, а не рухалися паралельно.

Додаток 1: Підсумок результатів опитування (кількісні дані)

Розділ 1: Про вас (демографія та скринінг)

Q1. Вікова група

Відповідь	Кількість	%
30–44	81	50.0%
45–59	55	34.0%
18–29	16	9.9%
60+	10	6.2%

Q2. Стать

Відповідь	Кількість	%
Жінка	123	75.9% (після об'єднання варіантів написання)
Чоловік	38	23.5% (після об'єднання варіантів написання)
Волю не відповідати	1	0.6%

Q3. Труднощі із зором (навіть у окулярах)

Відповідь	Кількість	%
Немає труднощів	72	44.4%
Є певні труднощі	72 (68 + 4 об'єднані варіанти)	44.4%
Значні труднощі	13	8.0%
Не можу бачити зовсім	2	1.2%

Q4. Труднощі зі слухом (навіть із слуховим апаратом)

Відповідь	Кількість	%
Немає труднощів	108	66.7%
Є певні труднощі	43	26.5%
Значні труднощі	8	4.9%
Не чую зовсім	3	1.9%

Q5. Труднощі з ходьбою або підйомом сходами

Відповідь	Кількість	%
Немає труднощів	78	48.1%
Є певні труднощі	63	38.9%
Значні труднощі	17	10.5%
Не можу робити взагалі	4	2.5%

Q6. Труднощі з запам'ятовуванням або концентрацією

Відповідь	Кількість	%
Немає труднощів	62	38.3%
Є певні труднощі	70	43.2%
Значні труднощі	26	16.0%
Не можу робити взагалі	4	2.5%

Q7. Труднощі з самообслуговуванням (миття/одягання)

Відповідь	Кількість	%
Немає труднощів	96	59.3%
Є певні труднощі	46	28.4%
Значні труднощі	16	9.9%
Не можу робити взагалі	4	2.5%

Q8. Труднощі зі спілкуванням (розуміння/бути зрозумілим)

Відповідь	Кількість	%
Немає труднощів	122	75.3%
Є певні труднощі	29	17.9%
Значні труднощі	8	4.9%
Не можу робити взагалі	3	1.9%

Q9. Область (регіон)

Відповідь	Кількість	%
Харків	35	21.6%
Київ (місто)	26	16.0%
Одеса	22	13.6%
Полтава	17	10.5%
Львів	17	10.5%
Інші регіони (кожен <10 відповідей)	45	27.8%

Q10. Тип місця проживання

Відповідь	Кількість	%
Міська місцевість	128 (об'єднано)	78.9%
Сільська місцевість	30 (об'єднано)	18.5%
Інше (селище, примітки про переміщення)	4	2.5%

Q11. Який варіант найкраще описує вас? (Можна обрати кілька варіантів)

Відповідь	Кількість	% від усіх виборів
Особа, яка має тривалі функціональні порушення	43	26.5%
Фахівець (соціальна робота/охорона здоров'я/освіта/зайнятість)	29	17.9%
Опікун/член сім'ї	27	16.7%
Член громади	10	6.2%
Інше/поєднання ролей	32.7%	—

(Можна було обрати декілька варіантів → відсотки **не** становлять 100%)

Розділ 2: Сприйняття та ставлення

Q13. Як часто ви помічаєте, що людей із тривалими труднощами або з пораненнями від ВВП сприймають інакше?

Відповідь	Кількість	%
Дуже часто	71	43.8%
Іноді	65	40.1%
Рідко	12	7.4%
Ніколи	7	4.3%
Не впевнений	7	4.3%

Q14. На вашу думку, як найчастіше сприймають таких людей у Вашій громаді?

Відповідь	Кількість	%
Із співчуттям (але не як рівних)	92	54.4%
Як рівноправних членів громади	26	15.4%
Як тягар для суспільства	25	14.8%
Зі страхом або униканням	16	9.5%
Інше	10	5.9%

Q15. У яких ситуаціях ви особисто найчастіше стикаєтеся або спостерігаєте нерівне ставлення чи виключення? (Можна вибрати кілька варіантів — відсотки **не підсумовуються)**

Сфера	Кількість	% (від усіх виборів)
Охорона здоров'я	73	26.7%
Громадське та соціальне життя	59	21.6%
Послуги місцевих органів влади	54	19.8%
Освіта	48	17.5%
Робочі місця	37	13.5%
Інше	3	1.0%

(Респонденти могли обрати до 3 варіантів → відсотки **не** становлять 100%.)

Q16. Погляди щодо відмінностей у державній підтримці

Відповідь	Кількість	%
Несправедливі та створюють поділи	97	57.7%
Необхідні, але потребують кращого пояснення	41	24.4%
Справедливі та обґрунтовані	15	8.9%
Не знаю	15	8.9%

Розділ 3: Бар'єри для інклюзії

Q17. Які найбільші виклики виникають при доступі до послуг/можливостей?

(Можна вибрати кілька варіантів — відсотки **не** підсумовуються)

Бар'єр	Кількість	% (від усіх виборів)
Фінансові бар'єри	80	49.4%
Брак інформації або підтримки	39	24.1%
Складні процедури/бюрократія	18	11.1%
Фізична недоступність (будівлі, транспорт)	12	7.4%
Негативні ставлення/брак розуміння (персонал/група)	9	5.6%
Інше (вказано респондентами)	4	2.5%

(Респонденти могли обрати до 3 варіантів → відсотки **не** становлять 100%.)

Q18. Чи особисто ви були свідком або відчували випадки несправедливого ставлення через такі труднощі?

Відповідь	Кількість	%
Ні	88	54.3%
Так	74	45.7%
Волю не відповідати	0	—

Приклади повідомлених випадків дискримінації

Категорія бар'єра	Частота (відносна)	Орієнтовний %
Відмова або нерівне ставлення у сфері охорони здоров'я	Дуже часто	~25–30%
Проблеми з проходженням медико-соціальної експертизи/сертифікації	Дуже часто	~25–30%
Бар'єри у сфері соціальних послуг і соціальних виплат	Часто	~15%
Фізична недоступність (транспорт, будівлі)	Часто	~15%
Дискримінація на робочому місці	Іноді	~8–10%
Негативні ставлення/стигма	Іноді	~8–10%
Брак доступної інформації	Іноді	~5%

Розділ 4: Рішення та поінформованість

Q19. Які дії найбільше сприяли б зменшенню виключення та негативних ставлень? (Можна вибрати кілька варіантів — відсотки **не** підсумовуються)

Дія	Кількість	% (від усіх виборів)
Кращий контроль і виконання законів про доступність	96	31.3%
Навчання для працівників державних служб і роботодавців	81	26.4%
Більше можливостей для соціальної взаємодії та спільних активностей	60	19.6%
Масові інформаційні кампанії (ТБ, соцмережі тощо)	45	14.7%
Правові реформи для забезпечення рівних прав і пільг	25	8.1%
Інше (вказано респондентами)	2	0.6%

Q20. Які публічні повідомлення або кампанії були б для вас найбільш переконливими у просуванні інклюзії?

Тип повідомлення	Кількість	%
Реальні історії людей з досвідом життя	66	40.7%
Громадські заходи та практичні воркшопи	54	33.3%
Прості факти й статистика	14	8.6%
Повідомлення від авторитетних публічних осіб/знаменитостей	12	7.4%
Інше (вказано респондентами)	16	9.9%

Приклади зафіксованих випадків відмови або нерівного ставлення

Категорія	Приклад
Охорона здоров'я	Відмова або затримка лікування; вимагання неофіційних платежів; відмова у пріоритетному доступі чи реабілітаційних послугах.
Визначення інвалідності/сертифікація	Неповага, надмірні бюрократичні вимоги; безпідставна відмова у видачі або продовженні статусу.
Банківські послуги та документи	Перешкоди при обслуговуванні в установах; відмова у пріоритеті; технічні бар'єри під час ID/фото-верифікації для людей із травмами обличчя.
Громадський транспорт та мобільність	Водії відмовляють у безкоштовному чи пріоритетному проїзді; відсутність пандусів; неможливість зайти до транспорту.
Працевлаштування	Відмови через наявність інвалідності; пропозиції лише низькокваліфікованих посад.
Освіта	Відсутність адаптацій/квот; бар'єри при вступі; нестача адаптованих матеріалів.
Місцева адміністрація та соціальні послуги	«Ходіння по колу» між установами; відмова у наданні інформації; невизнання законних документів/судових рішень.
Фізична доступність	Будівлі без пандусів/ліфтів; недоступні державні установи та укриття.
Психосоціальна підтримка	Відмова в невідкладній психіатричній допомозі без адаптованої процедури згоди.
Стигма та ставлення	Працівники звертаються до піклувальника, а не до самої людини; зневажливі висловлювання у публічних місцях.

Додаток 2: Підсумок результатів польових досліджень (ФГД та ІКІ)

Цей додаток подає узагальнення якісних висновків, отриманих під час фокус-групових дискусій та інтерв'ю з ключовими інформантами. Він доповнює основні результати, демонструючи, як саме стигма переживається та інтерпретується у повсякденних взаємодіях у різних регіонах і серед різних груп респондентів.

Ключовий інсайт	Чому це важливо
Дискримінація за причиною походження інвалідності у системі соціального захисту — респонденти послідовно зазначали нерівність у наданні пільг між інвалідністю, пов'язаною з війною, інвалідністю з дитинства та інвалідністю, набутою у дорослому віці, попри однакові функціональні потреби.	Це один із найсильніших структурних чинників інституційної стигми. Він посилює озлобленість, невидимість та недовіру до державних інституцій.
Інституційний патерналізм є шкідливішим за громадські упередження — працівники звертаються до опікунів замість самої людини; ставлять під сумнів її здатність приймати рішення та обмежують автономію.	Показує, що стигма є процедурною і закладена у спосіб надання послуг, а не лише у ставленнях чи поведінці окремих людей.
Внутрішня стигма та «шок ідентичності» після набуття інвалідності — особливо серед молодих дорослих та опікунів, які адаптуються до змінених соціальних ролей.	Формує уникання, знижену участь та небажання звертатися по підтримку — вимір стигми, який поки що недостатньо представлений у звіті.
Розпад програм реабілітації та молодіжної взаємопідтримки, які раніше вели ООІ , — багато з них були припинені після зміни державного фінансування.	Підкреслює втрату підтримувальної інфраструктури, а не лише наявні прогалини — важливо для розробки реалістичних і сталих рішень.
Дорослих з аутизмом та СДУГ часто помилково діагностують як «шизофренію» через застарілі психіатричні норми.	Критична системна помилка з прямими наслідками для стигми: неадекватне лікування, інституціалізація, виключення з освіти та праці.
Люди з непомітними інвалідностями стикаються з недовірою у транспорті та соціальних службах — їх часто просять «довести» свою інвалідність.	Пояснює відмінність у патернах стигми між видимими та невидимими порушеннями; підсилює аргументи для цільових антистигматизаційних повідомлень.

Ці висновки підкреслюють необхідність реформ, які ставлять у пріоритет гідність, автономію, функціональне оцінювання, інклюзивну комунікацію та послідовну інституційну відповідальність.

Додаток 3: Пріоритетні потреби

Що має змінитися, щоб стигма зменшилася на практиці:

1. **Рівний доступ на основі потреб, а не причин інвалідності.** Потрібна уніфікована система пільг і послуг, щоб доступ до реабілітації та соціального захисту не залежав від причини інвалідності (поранення на війні, хвороба, стан з дитинства). Нерівні режими сьогодні посилюють напругу, недовіру та розшарування між групами.
2. **Перехід від медичного «контролю» до функціонального, правозахисного оцінювання.** Люди потребують оцінок, які визнають функціональні можливості та бар'єри середовища — а не повторного «доведення» порушення. Особливо, переатестація для постійних або прогресуючих станів повинна бути скасована, оскільки її сприймають як приниження та деморалізуючу.
3. **Інтегроване «єдине вікно» та цифрове ведення випадку.** Орієнтація у кількох установах є обтяжливою та непослідовною. Єдина цифрова справа та спільний шлях визначення права на допомогу зменшили б адміністративну стигму та відновили довіру.
4. **Своєчасна та безперервна реабілітація й забезпечення допоміжними засобами.** Заміна протезів, технічне обслуговування та реабілітація мають здійснюватися відповідно до клінічної потреби, а не за жорсткими багаторічними інтервалами, які переривають мобільність і незалежність.
5. **Обов'язкове навчання та стандарти комунікації для працівників державних служб.** Стигма часто відтворюється через тон, мову та стиль взаємодії. Працівники повинні мати стандартизовані, правозахисні інструкції щодо спілкування в сферах охорони здоров'я, освіти та соціальних послуг.
6. **Структурована психосоціальна підтримка та мережі рівних.** Самостигма й ізоляція значно зменшуються там, де доступні групи підтримки та інклюзивні ПЗПСП-послуги. Такі програми також зміцнюють автономію та впевненість.
7. **Публічна комунікація, що нормалізує участь (без жалю чи героїзації).** Національні історії та медійна присутність мають показувати людей з інвалідністю та постраждалих від ВВП як активних учасників відбудови — а не як об'єкти благодійності чи «надзвичайного героїзму».
8. **Доступ до послуг у сільській місцевості та мобільний доступ до послуг.** У сільських районах стигма посилюється через нестачу сервісів і обмежену присутність ООІ. Потрібні мобільні команди та місцеві центри підтримки, щоб протидіяти невидимості та залежності.
9. **Інклюзивні шляхи до зайнятості і підтримка самозайнятості.** Щоб подолати стигму «залежності», людям потрібні умови для працевлаштування з розумним пристосуванням, моніторинг квот, гранти на підприємництво та кооперативні моделі зайнятості.

Додаток 4: Шляхи взаємодії зацікавлених сторін для зменшення стигми

Стейкхолдер	Основна відповідальність	Пріоритетні дії (операційні/такі, що можуть фінансуватися)	Очікувані результати
Уряд (національні міністерства/ Кабінет Міністрів/ парламентські комітети)	Провести законодавчу гармонізацію та координувати секторне впровадження і підзвітність	<ul style="list-style-type: none"> Створити національний координаційний механізм з мандатом на впровадження КПІ та єдиного визначення інвалідності. Забезпечити повне та послідовне впровадження функціональної системи оцінювання ЕКОПФО у всіх регіонах. Інтегрувати індикатори зменшення стигми до щорічних планів роботи установ охорони здоров'я, соцзахисту, освіти, праці та оборони. Передбачити бюджетні лінії на доступність, участь ООІ та навчання персоналу. 	<ul style="list-style-type: none"> Зменшення інституційної стигми та процедурної дискримінації. Більш послідовна оцінка інвалідності та пільг між групами. Чітка підзвітність і моніторинг впровадження на національному рівні.
Місьцеве самоврядування/ муніципалітети	Надавати фронтальні послуги та забезпечувати інклюзивні умови	<ul style="list-style-type: none"> Провести місцеві аудити доступності та розробити плани дій. Створити муніципальні маршрути направлення на ПЗПСП та реабілітацію. Партнерство з місцевими ООІ для моніторингу якості публічних послуг. Підтримувати місцеві заходи з обізнаності та інклюзії. 	<ul style="list-style-type: none"> Покращення щоденного досвіду користувачів у сфері освіти, охорони здоров'я, соцзахисту та публічних просторів. Посилення місцевої відповідальності та сталості.
Гуманітарні та розвиткові НУО	Моделювати інклюзивну практику та зміцнювати потенціал держави	<ul style="list-style-type: none"> Забезпечити інклюзивні політики найму та робочого середовища (рольова модель). Надавати технічну допомогу державним реформам (оцінювання, кейс-менеджмент, цифрові інструменти). Підтримувати пілотні проекти (інклюзивна зайнятість, мережі взаємної підтримки, підтримка піклувальників). Генерувати докази для адвокації через моніторинг і навчання. 	<ul style="list-style-type: none"> Масштабовані моделі, які може перейняти держава. Кращий зв'язок між реальними потребами на місцях та національною політикою.

<p>ООІ та асоціації постраждалих (включаючи постраждалих від ВВП)</p>	<p>Забезпечувати лідерство на основі досвіду та формувати й моніторити реформи</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Брати участь у спільній розробці законодавства та стандартів послуг. • Вести програми взаємної підтримки для зменшення внутрішньої стигми. • Проводити діалоги в громадах та сторителінг-ініціативи. • Моніторити бар'єри та звітувати національному координаційному органу. 	<ul style="list-style-type: none"> • Реформи, засновані на реальному досвіді, а не припущеннях. • Збільшена видимість різних груп людей з інвалідністю. • Зміцнення довіри між інституціями та громадами.
<p>Працівники систем охорони здоров'я, освіти та соціальних послуг</p>	<p>Реалізація поважного, правозахисного підходу у фронтальних послугах</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Інтегрувати модулі антистигми та правозахисної комунікації у підготовку кадрів та підвищення кваліфікації. • Запровадити стандартизовані протоколи взаємодії з клієнтами, які гарантують автономію та інформоване рішення. • Створити безпечні та доступні механізми зворотного зв'язку та скарг. 	<ul style="list-style-type: none"> • Зменшення патерналізму на рівні послуг. • Зростання довіри користувачів та звернень. • Підвищення професійної компетенції та підзвітності.
<p>Медіа та комунікаційний сектор</p>	<p>Формувати громадські наративи та нормалізувати різноманітність</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Співпрацювати з ООІ/постраждалими для створення правозахисного сторителінгу, а не наративів благодійності чи героїзму. • Запровадити етичні стандарти репрезентації інвалідності. • Підтримувати публічні кампанії, що просувають інклюзивні поведінки та соціальну солідарність. 	<ul style="list-style-type: none"> • Зменшення публічної стигми та стереотипів. • Збільшення видимості людей з інвалідністю як лідерів і активних учасників суспільства.
<p>Донори та міжнародні партнери</p>	<p>Забезпечувати сталість реформ та узгодженість між секторами</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Надавати багаторічне фінансування для координаційних органів, зміцнення ООІ та систем навчання. • Підтримувати моніторингові рамки, що відстежують зміни поведінки, пов'язані зі стигмою. • Узгоджувати донорські вимоги з положеннями КПІ, щоб уникнути паралельних систем. 	<ul style="list-style-type: none"> • Довгострокова сталість поза межами проєктних циклів. • Більша узгодженість між гуманітарними, відновлювальними та реконструкційними процесами.



Данська рада у справах біженців заснована в Данії у 1956 році. Ми — провідна міжнародна гуманітарна організація у сфері вимушеного переміщення, що підтримує біженців і внутрішньо переміщених осіб під час переміщення, у вигнанні, під час облаштування та інтеграції на новому місці або після повернення. Ми забезпечуємо захист і життєво необхідну гуманітарну

допомогу. Ми допомагаємо переміщеним людям ставати самостійними та залученими до приймаючих громад — і працюємо з громадами, громадянським суспільством і відповідальними органами влади, щоб посилювати захист прав і сприяти мирному співіснуванню.

Докладніше про нашу діяльність: www.drc.ngo

Цей звіт підготовано Данською радою у справах біженців (DRC) завдяки фінансуванню від Шведського агентства з питань міжнародної співпраці та розвитку. Проте висловлені погляди та думки належать лише автору (авторам) та не обов'язково відображають погляди Агентства. Ні Агентство, ні DRC не можуть нести за них відповідальність.