

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Якість життя дорослих людей з РАС

Здобувача (ки) 2 курсу МЗ-242 групи
Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Психологія забезпечення ментального здоров'я
Ірини НАСТАЛОВСЬКОЇ
(прізвище та ініціали)
Керівники
Наталія ЗАВ'ЯЗКІНА, д.психол.н., проф.,
Світлана ПОЛШКОВА, д.мед.н.
(прізвище та ініціали, вчене звання, науковий ступінь)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол №11 від «22» червня 2026р.

Зав. кафедри клінічної психології _____ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.
підпис (науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології _____ к.психол.н., доц., Трофімова Д.О.
підпис (науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2026

АНОТАЦІЯ

У роботі досліджено якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра та фактори, пов'язані з її формуванням. Дослідження виконано у межах кількісного дизайну із використанням психодіагностичних методик WHOQOL-BREF, шкали самооцінки Розенберга, MSPSS та шкали задоволеності кар'єрою. У дослідженні взяли участь 80 респондентів, серед яких дорослі особи з РАС та представники контрольної групи. Для аналізу даних застосовано методи описової статистики, кореляційного, порівняльного та регресійного аналізу.

Встановлено, що дорослі особи з РАС мають нижчий рівень якості життя порівняно з контрольною групою. Найбільш значущими факторами якості життя виявилися професійна задоволеність та соціальна підтримка. Новизна роботи полягає у комплексному дослідженні психологічних, соціальних та професійних чинників якості життя дорослих осіб із РАС в українському контексті.

Ключові слова: якість життя, розлади аутистичного спектра, дорослі особи з РАС, самооцінка, соціальна підтримка, професійна реалізація, соціальна адаптація, аутизм.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ З РАС.....	9
1.1 Розлад аутистичного спектра (РАС) у дорослому віці	9
1.2 Поняття та підходи до визначення якості життя.....	19
1.3 Психологічні аспекти якості життя дорослих осіб з РАС	30
1.4 Дослідження самооцінки в контексті якості життя дорослих осіб з РАС.....	34
1.5 Соціально-економічні чинники якості життя дорослих осіб з РАС	39
Висновки до розділу 1.....	51
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	54
2.1 Модель дослідження	54
2.2 Характеристика дослідницької вибірки	56
2.3 Методи та методики дослідження	61
Висновки до розділу 2.....	65
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДОРΟΣЛИХ З РАС	67
3.1. Інтерпретація описової статистики та перевірка нормальності розподілу	67
3.2. Порівняння рівня якості життя у групах	76
3.3. Аналіз взаємозв'язків між якістю життя та психологічними і соціально-економічними чинниками	80
3.4. Регресійний аналіз	89
3.5. Практичні рекомендації щодо підвищення якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра	97

Висновки до розділу 3.....	101
ВИСНОВКИ.....	104
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	106
ДОДАТКИ.....	121

ВСТУП

1. Актуальність роботи. У сучасному науковому та суспільному дискурсі проблема якості життя набуває особливої актуальності у зв'язку з орієнтацією на права людини, інклюзію та забезпечення рівних можливостей для осіб з особливими потребами. Однією з груп, що потребує поглибленого наукового осмислення, є дорослі особи з розладами аутистичного спектра (РАС), які відповідно до класифікацій DSM-5 та ICD-11 належать до нейророзвиткових станів і супроводжують людину протягом усього життя.

Попри значний обсяг досліджень аутизму, більшість із них традиційно зосереджена на дитячому віці. Доросла популяція з РАС залишається недостатньо представленою у наукових розвідках, особливо в українському контексті. Водночас зростає кількість дорослих осіб з встановленим або пізно діагностованим аутизмом, що зумовлює необхідність вивчення їхнього психологічного благополуччя, соціальної інтеграції та життєвих перспектив.

Концепція якості життя, запропонована World Health Organization, підкреслює суб'єктивний характер оцінювання благополуччя та взаємозв'язок особистісних і соціальних чинників. У контексті дорослих аутистів це питання набуває особливої значущості, оскільки вони часто стикаються з труднощами працевлаштування, соціальної взаємодії, стигматизацією та підвищеним ризиком коморбідних психоемоційних розладів.

Соціально-економічні трансформації, реформи системи охорони здоров'я та наслідки воєнних подій в Україні додатково актуалізують проблему забезпечення належної якості життя цієї категорії населення. Отже, дослідження якості життя дорослих аутистів є своєчасним, соціально значущим та науково доцільним.

Теоретичним підґрунтям дослідження є міждисциплінарний підхід до розуміння якості життя. Концепція суб'єктивного благополуччя, розроблена Едом Дінером, визначає його як поєднання когнітивної оцінки життя та емоційних компонентів. Багатовимірна модель якості життя Robert Schalock акцентує увагу на таких доменах, як самовизначення, соціальна інклюзія, емоційне та матеріальне благополуччя.

У сучасних дослідженнях дорослого аутизму аналізуються проблеми соціальної адаптації, феномен камуфляжу (masking), формування аутичної ідентичності, а також вплив тривожних і депресивних розладів на рівень задоволеності життям. Водночас український науковий простір характеризується недостатньою кількістю емпіричних досліджень саме дорослої популяції з РАС.

Методологічною основою роботи є:

- системний підхід (розгляд якості життя як інтегративного феномену);
- особистісно-орієнтований підхід;
- соціально-екологічна модель розвитку;
- принципи інклюзії та нейрорізноманітності.

Таким чином, дослідження базується на поєднанні психологічного, соціального та медичного підходів до аналізу якості життя дорослих аутистів.

Об'єктом дослідження є якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра.

Предметом дослідження є взаємозв'язок якості життя дорослих осіб із РАС із самооцінкою, соціальною підтримкою та професійною задоволеністю.

Метою дослідження є емпіричне визначення взаємозв'язку між рівнем якості життя дорослих осіб з РАС та особистісними, соціальними і професійними чинниками.

Досягнення даної мети передбачає розв'язання низки **завдань:**

1. Теоретично проаналізувати підходи до розуміння якості життя дорослих осіб з РАС.
2. Визначити роль особистісних, соціальних та професійних чинників у формуванні суб'єктивного благополуччя.
3. Провести емпіричне дослідження рівня якості життя дорослих осіб з РАС.
4. Встановити кореляційні зв'язки між показниками самооцінки, соціальної підтримки, задоволеності кар'єрою та якістю життя дорослих осіб з РАС.
5. Сформулювати практичні рекомендації щодо підвищення рівня якості життя та загального благополуччя.

Для реалізації мети застосовуються такі **методи**:

- теоретичні: аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел;
- емпіричні: анкетування, Шкала оцінки якості життя ВООЗ, Шкала оцінки сприйнятої соціальної підтримки, Шкала задоволеності кар'єрою; Шкала визначення самооцінки;
- методи кількісної та якісної обробки даних, статистичні методи.

Характеристика вибірки. У дослідженні взяло участь 80 респондентів віком від 18 до 55+ років. Дослідницька вибірка складається з двох груп: основної та контрольної. Основна група включала осіб із клінічно встановленим діагнозом РАС, а також осіб, які повідомили про наявність самодіагностики та ідентифікували себе як аутичних. Контрольну групу становлять дорослі респонденти без діагнозу аутизму та такі, які не ідентифікували себе як аутичних. Вибірка формується на добровільній основі із забезпеченням принципів інформованої згоди та конфіденційності.

В дослідженні передбачається пошук відповідей на такі **дослідницькі питання**:

1. Який рівень якості життя характерний для дорослих осіб з РАС?
2. Чи пов'язаний рівень самооцінки з показниками якості життя?
3. Який вплив має сприйнята соціальна підтримка на якість життя дорослих осіб із РАС?
4. Чи корелює задоволеність кар'єрою з рівнем загального благополуччя?

Теоретична значущість роботи полягає у поглибленні наукових уявлень про психологічні та соціальні чинники якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Результати дослідження сприяють розширенню наукового розуміння взаємозв'язку між рівнем самооцінки, соціальною підтримкою, професійною реалізацією та суб'єктивним благополуччям дорослих аутистів.

Крім того, дослідження дозволяє уточнити роль особистісних, соціальних та професійних факторів у формуванні якості життя цієї групи населення та доповнює існуючі наукові підходи до вивчення дорослого аутизму.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та фахівців інклюзивних програм. Виявлені особливості взаємозв'язку між психологічними та соціальними чинниками можуть бути використані для розроблення програм психологічної підтримки дорослих осіб з аутизмом.

Отримані результати також можуть бути застосовані під час розроблення програм соціальної адаптації, професійної орієнтації та підтримки працевлаштування дорослих осіб з РАС, що сприятиме підвищенню рівня їхнього суб'єктивного благополуччя та якості життя.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА

1.1. Розлад аутистичного спектра (РАС) у дорослому віці

Розлад аутистичного спектра (РАС) є нейророзвитковим порушенням, яке характеризується стійкими труднощами у соціальній комунікації та взаємодії, а також наявністю обмежених і повторюваних моделей поведінки, інтересів або діяльності (APA, 2013). Хоча традиційно аутизм розглядався як дитячий розлад, сучасні дослідження підкреслюють, що його прояви зберігаються протягом усього життя, змінюючись залежно від віку та соціального контексту (Lord, Elsabbagh, Baird, & Veenstra-Vanderweele, 2018).

Дослідження аутизму як клінічного явища бере початок із робіт Л. Каннера, який описав синдром «раннього дитячого аутизму», або дітей із труднощами соціальної взаємодії, мовленням, спрямованістю на рутину та обмежені інтереси. Майже одночасно, Ганс Аспергер у Відні описав схожий фенотип у дітей з нормальним інтелектом, але зі значними соціальними труднощами, що згодом отримало назву синдром Аспергера (Beardon, 2021; Leaf, 2022). Подальший розвиток ці ідеї отримали в роботах сучасних дослідників (Baron-Cohen, 2000; Beardon, 2021).

Довгий час дорослі з цим розладом часто залишалися без діагнозу або отримували діагнози тривожних, шизоїдних, obsесивно-компульсивних чи депресивних розладів. Лише з кінця XX століття дослідники почали визнавати, що аутизм супроводжує людину протягом усього життя, а його прояви у дорослому віці можуть бути замасковані компенсаторними механізмами. Переломним став вихід DSM-5 (APA, 2013), який об'єднав усі підтипи (дитячий

аутизм, синдром Аспергера, первазивні розлади розвитку) в єдиний діагноз – Розлад аутистичного спектру. Це дозволило розглядати аутизм як континуум, де варіює рівень підтримки, інтелекту, мовного розвитку й адаптації в соціумі.

Сучасні діагностичні підходи до РАС базуються на критеріях DSM-5, де аутизм визначається через дві основні групи симптомів: порушення соціальної комунікації та обмежені, повторювані поведінкові патерни (APA, 2013). У DSM-5, оновлена версія, РАС належить до категорії «Нейророзвиткові розлади» (APA, 2022). Основні діагностичні критерії включають: дефіцити у соціальній комунікації та соціальній взаємодії (наприклад, труднощі з невербальною комунікацією, проблеми з налагодженням дружніх стосунків, обмежені, повторювані моделі поведінки, інтереси або діяльність (ритуали, стійкі інтереси, сенсорні особливості), симптоми мають початок у ранньому розвитку, хоча можуть стати повністю виразними лише пізніше (у дорослому віці), порушення функціонування в особистому, соціальному, освітньому або професійному житті.

У міжнародній класифікації ICD-11 також підкреслюється спектральний характер розладу та різноманітність його проявів. Підхід до РАС як до континууму закріплений у МКХ-11 (WHO, 2022), де РАС визначається як *«розлад розвитку нервової системи, що характеризується постійними труднощами соціальної комунікації та повторюваними моделями поведінки, які проявляються в різних контекстах і обмежують функціонування людини»*. Особливий акцент зроблено на можливості пізнього розпізнання у дорослому віці, особливо серед жінок.

У XXI столітті зростає інтерес до нейрорізноманіття – концепції, що розглядає аутизм не як патологію, а як варіант нейророзвитку. Цей підхід сприяв активізації рухів самих аутистів, досліджень у сфері працевлаштування, соціальної інклюзії та прав людей з РАС (Milton, 2012; Botha, 2020).

В українському науковому просторі тема дорослого аутизму лише починає системно розроблятися. Дослідження аутизму представлені переважно у галузях спеціальної психології, клінічної психології, психіатрії, інклюзивної освіти та соціальної реабілітації. Більшість українських праць традиційно зосереджені на дитячому аутизмі (Вакуленко, 2018; Столярник, 2022; Семігіна, 2019). У навчальному посібнику Катерини Островської, Христини Качмарик та Лесі Дробіт «Основи діагностики дітей з розладами аутистичного спектра» представлено сучасні підходи до психолого-педагогічної діагностики осіб із РАС. Автори описують особливості когнітивного, емоційного та комунікативного розвитку дітей з аутизмом, аналізують основні діагностичні критерії та методики оцінки. Значна увага приділяється необхідності ранньої діагностики, індивідуалізації допомоги та комплексного психолого-педагогічного супроводу (Островська, 2017).

Однак останніми роками поступово зростає інтерес і до проблематики дорослого аутизму, якості життя, професійної адаптації та психологічного супроводу осіб із РАС (Базима, 2015; Когутяк, 2018; Шепель & Горошко 2024). У статті Ірини Пінчук та колег «Розлади спектра аутизму у дорослих: сучасний стан проблеми» висвітлюються особливості аутизму у дорослому віці. Автори наголошують, що в Україні проблема дорослого аутизму залишається недостатньо дослідженою та малопредставленою у системі психіатричної й психологічної допомоги. У роботі аналізуються труднощі соціальної адаптації, професійного функціонування, діагностики РАС у дорослому віці та недостатність спеціалізованих підтримувальних сервісів для дорослих осіб із аутизмом (Пінчук, 2014).

Серед найбільш впливових сучасних закордонних досліджень дорослого аутизму важливе місце займають роботи, присвячені якості життя, професійному благополуччю, соціальному маскуванню, психічному здоров'ю та аутичній

ідентичності. Девід Мейсон та співавтори у статті *Predictors of quality of life for autistic adults* (2018) досліджували предиктори якості життя дорослих осіб із РАС. Автори встановили значущий вплив психічного здоров'я, соціальної підтримки, автономності та професійного функціонування на суб'єктивне благополуччя аутичних дорослих.

Емілі Кейдж, Марія Де Андреас та Пол Махоні у праці *Understanding the factors that affect the quality of life of autistic people* (2018) аналізували чинники, що впливають на якість життя аутичних людей. Дослідники наголосили на ролі соціального прийняття, доступності підтримувального середовища та негативному впливі стигматизації. Кеті Купер, Лаура Дж. Е. Сміт та Алекс Рассел у статті *Social identity, self-esteem, and mental health in autism* (2017) вивчали взаємозв'язок між аутичною ідентичністю, самооцінкою та психічним здоров'ям. Автори встановили, що позитивне прийняття власної аутичної ідентичності пов'язане з нижчим рівнем психологічного дистресу.

Лора Галл та співавтори у дослідженні *“Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions* (2017) описали феномен соціального маскуванню у дорослих осіб із РАС. Автори дійшли висновку, що постійне приховування аутичних рис сприяє емоційному виснаженню, тривожності та аутистичному вигоранню. Лора Галл та співавтори також у роботі *Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults* (2020) досліджували гендерні особливості соціального маскуванню. Було встановлено, що жінки з РАС частіше використовують стратегії маскуванню, що може ускладнювати своєчасну діагностику аутизму.

Дебора Хендрікс у праці *Employment and adults with autism spectrum disorders: Challenges and strategies for success* (2010) досліджувала труднощі професійної адаптації дорослих осіб із РАС. Авторка описала вплив сенсорного перевантаження, соціальних труднощів та недостатньої адаптації робочого

середовища на працевлаштування аутичних людей. Донна Ніколас, Мішель Аттрідж, Лоні Звайгенбаум та Мішель Кларк у роботі *Vocational support approaches in autism spectrum disorder* (2015) аналізували програми підтриманого працевлаштування дорослих осіб із РАС. Автори наголошували на важливості професійного супроводу, наставництва та структурованого робочого середовища.

Майкл Скотт, Марія Фалькмер, Соня Гірділер та Торбйорн Фалькмер у дослідженні *Viewpoints on factors for successful employment for adults with autism spectrum disorder* (2015) вивчали фактори успішного працевлаштування аутичних дорослих. Автори підкреслили значення чіткої комунікації, підтримки колективу та сенсорної адаптації робочого середовища. Пол Веман та співавтори у праці *Competitive employment for youth with autism spectrum disorders* (2014) досліджували ефективність підтриманого працевлаштування для молодих людей із РАС. Було встановлено, що індивідуалізований професійний супровід значно підвищує рівень професійної адаптації та зайнятості.

Майкл Тобін та співавтори у систематичному огляді *A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorder* (2014) аналізували соціальну участь дорослих осіб із РАС. Автори наголосили, що соціальна ізоляція та недостатність підтримувальних соціальних зв'язків негативно впливають на психологічне благополуччя. Гелен МакКоначі та співавтори у роботах *What Is Important in Measuring Quality of Life? Reflections by Autistic Adults in Four Countries* (2020) та *Enhancing the Validity of a Quality of Life Measure for Autistic People* (2018) підкреслювали необхідність адаптації традиційних моделей якості життя до потреб аутичної спільноти. Автори зазначали, що для аутичних людей важливими компонентами благополуччя є сенсорний комфорт, передбачуваність середовища та прийняття аутичної ідентичності.

Нік Вокер у книзі *Neurodiversity as Politics: Thought in Disability Studies* (2021) розвиває концепцію нейрорізноманіття та критикує виключно

патологізуючий підхід до аутизму. Автор підкреслює важливість соціального прийняття, автономії та права на нейровідмінність. Мелані Єржо у праці *Authoring Autism: On Rhetoric and Neurological Queerness* (2018) аналізує вплив соціальної стигматизації та необхідності маскування на формування аутичної ідентичності та психічне благополуччя аутичних людей. Девід Греї у дослідженні “*Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed*”: *Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism* (2002) одним із перших описав проблему соціальної стигматизації, пов’язаної з аутизмом, та її вплив на психологічне благополуччя родин осіб із РАС.

Попри значний прогрес у вивченні розладів аутистичного спектра, дорослий аутизм тривалий час залишався недостатньо дослідженим напрямом як у науковій літературі, так і в практичній роботі фахівців. Більшість ранніх досліджень були зосереджені переважно на дитячому віці, тоді як особливості функціонування людей з РАС у дорослому житті почали активно вивчатися лише протягом останніх десятиліть (Howlin & Moss, 2012).

Дорослі особи з РАС можуть стикатися з труднощами у різних сферах життєдіяльності, зокрема у соціальній взаємодії, професійній реалізації, побудові міжособистісних стосунків та підтриманні психологічного благополуччя. Незважаючи на значну індивідуальну варіативність проявів аутизму, багато дослідників відзначають наявність спільних викликів, пов’язаних із необхідністю адаптації до соціального середовища, яке переважно орієнтоване на нейротипові способи комунікації та поведінки (Tobin et al., 2014; Chen et al., 2022).

Дорослі особи з розладами аутистичного спектру характеризуються широким спектром індивідуальних відмінностей у когнітивному, емоційному та соціальному функціонуванні. Для них характерна своєрідна емоційна виразність: почуття можуть переживатися інтенсивно, але з труднощами в

ідентифікації та вербалізації (алекситимія). Часто спостерігається тенденція до уникання соціальних взаємодій, що може сприйматися оточенням як емоційна відстороненість або байдужість, хоча насправді є формою самозахисту від перевантаження стимуляцією (Milton, 2012).

Сенсорні особливості є однією з ключових характеристик РАС. За даними DSM-5 (APA, 2022), вони включають як гіперчутливість, так і гіпочутливість до сенсорних стимулів – звуків, світла, запахів, дотиків тощо. Дорослі з РАС часто повідомляють про виснаження в середовищах із сенсорним перевантаженням (офіси, транспорт, магазини), потребу у рутині та передбачуваності, щоб уникати непередбачуваних стимулів, пошук сенсорного комфорту (використання навушників, окулярів, фіджетів тощо) (Robertson & Simmons, 2015).

Однією з найбільш досліджуваних сфер є саме соціальне функціонування дорослих осіб із РАС. Дослідження свідчать, що навіть за наявності достатнього інтелектуального розвитку багато аутичних дорослих повідомляють про труднощі у встановленні та підтриманні дружніх, романтичних і професійних взаємин. Такі труднощі часто пов'язані з особливостями соціального сприйняття, інтерпретації невербальних сигналів та високою втомлюваністю під час інтенсивної соціальної взаємодії (Chen et al., 2022; Tobin et al., 2014).

Важливим аспектом життя дорослих осіб із РАС є професійне функціонування. Незважаючи на наявність сильних сторін, таких як уважність до деталей, наполегливість, системне мислення та високий рівень компетентності у вузькоспеціалізованих сферах, аутичні люди часто стикаються з труднощами працевлаштування та кар'єрного розвитку. Дослідники пов'язують це не лише з індивідуальними особливостями, а й із недостатньою адаптованістю робочого середовища, високими вимогами до неформальної комунікації та обмеженою

обізнаністю роботодавців щодо аутизму (Hendricks, 2010; Nicholas et al., 2015; Scott et al., 2015).

Сучасні дослідження також звертають увагу на психологічне благополуччя дорослих аутичних людей. Порівняно із загальною популяцією вони частіше повідомляють про симптоми тривожності, депресії, хронічного стресу та емоційного виснаження. Одним із факторів, що може сприяти погіршенню психологічного стану, є необхідність постійної адаптації до соціальних очікувань та спроба приховувати власні аутичні особливості (Mason et al., 2018; Cage, Andres, & Mahoney, 2018).

У цьому контексті особливого значення набуває феномен соціального маскування (social camouflaging). Однією зі специфічних характеристик дорослих осіб із РАС є використання стратегій камуфляжу (masking), маскування, або свідомого чи несвідомого приховування аутичних рис з метою відповідності соціальним нормам (Hull et al., 2017). Хоча камуфляж може сприяти соціальній інтеграції, він часто супроводжується підвищеним рівнем стресу, емоційного виснаження та ризиком психічних розладів. Також воно може призводити до аутистичного вигорання (Hull et al., 2017; Arnold et al., 2023, Happé, 2019; Lai & Baron-Cohen, 2020).

Дослідження останніх років засвідчують, що камуфляж частіше спостерігається у жінок, що частково пояснює гендерний розрив у статистиці діагностування РАС (Hull et al., 2017).

Камуфляж може включати:

- свідоме імітування міміки та жестів;
- заучування соціальних сценаріїв;
- пригнічення стереотипних рухів;
- контроль інтонації та зорового контакту.

Попри зовнішню адаптацію, постійне маскування пов'язане з підвищеним рівнем психологічного виснаження, тривоги та депресивних симптомів (Hull, 2017; Sage, 2019). Багато дорослих отримують діагноз лише у зрілому віці, часто після звернення з приводу тривожних або афективних розладів.

Останніми роками дедалі більшого поширення набуває підхід нейрорізноманіття, відповідно до якого аутизм розглядається не лише як розлад або сукупність дефіцитів, а як один із природних варіантів людської нейрокогнітивної різноманітності. У межах цього підходу важливими чинниками благополуччя визнаються не лише індивідуальні особливості людини, а й рівень суспільного прийняття, доступність підтримки, сенсорна безпека середовища та можливість відкрито проявляти власну ідентичність без необхідності постійного маскування (Walker, 2021; Yergeau, 2018).

Таким чином, дорослий вік осіб із РАС характеризується низкою специфічних викликів у соціальній, професійній та психологічній сферах. Саме тому вивчення чинників, пов'язаних із якістю життя дорослих аутичних людей, набуває особливого значення як для психологічної науки, так і для практики психологічної та соціальної підтримки.

Всі дослідники наголошують на тому, що варіативність проявів є причиною того, що у деяких випадках симптоми можуть бути відносно м'якими, особливо у осіб з високим рівнем функціонування, що ускладнює діагностику. Важливим аспектом дослідження РАС у дорослому віці є сам феномен пізньої діагностики. Значна кількість людей отримує діагноз вже у дорослому віці, що пов'язано з менш вираженими симптомами у дитинстві або недостатньою обізнаністю щодо аутизму (Happé & Frith, 2020). Пізня діагностика може мати як позитивні, так і негативні наслідки: з одного боку, вона сприяє кращому розумінню себе, зменшенню самозвинувачення та пошуку підтримки. З іншого,

вона пов'язана з накопиченим досвідом соціальних труднощів, хронічної соціальної ізоляції та зниження якості життя (Lai M.-C, 2019).

У дорослому віці РАС часто супроводжується коморбідними станами, зокрема тривожними розладами, депресією та синдромом дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ). Дослідження показують, що рівень коморбідності серед дорослих аутистів є значно вищим, ніж у загальній популяції (Hollocks et al., 2019), що додатково ускладнює адаптацію та негативно впливає на якість життя. Це зумовлено як нейробіологічними особливостями, так і соціальними чинниками – хронічним непорозумінням з боку оточення, труднощами у самоприйнятті, відчуттям ізоляції. Особливо уразливою групою є жінки, для яких типово пізнє діагностування через здатність краще адаптувати поведінку до соціальних очікувань (Lai et al., 2015). У дорослому віці часто формуються компенсаторні стратегії – ритуали, когнітивні сценарії, гіперконтроль, уникання або гіперфокус на інтересах. Вони виконують функцію саморегуляції, знижують рівень непередбачуваності середовища та допомагають зберігати відчуття контролю. Однак при перевантаженні або втраті структури життя ці механізми можуть ставати ригідними, посилюючи дистрес.

Однією з найсерйозніших перешкод соціального функціонування є стигматизація. Дослідження показують, що дорослі з РАС часто стикаються з неприйняттям або недовірою з боку колег і суспільства, приховуванням діагнозу через страх дискримінації (Botha & Frost, 2020), самостигматизацією або внутрішнім прийняттям негативних установок щодо себе (Cage, Andres, & Mahoney, 2018).

Нездатність середовища враховувати ці потреби стає однією з головних причин соціальної дезадаптації та вигорання (Kapp et al., 2013). Брак суспільної поінформованості та недостатня готовність до інклюзії

формують бар'єри інтеграції – як структурні (відсутність адаптованих умов праці, освіти), так і психологічні (страх, недовіра, відчуження).

Водночас сучасні дослідження підкреслюють важливість підходу нейрорізноманітності, який розглядає аутизм не лише як розлад, але і як варіант розвитку, що має свої особливості та сильні сторони (Pellicano & den Houting, 2022). Такий підхід сприяє зменшенню стигматизації та підвищенню рівня соціальної інклюзії.

Отже, у дорослому віці прояви РАС можуть бути менш очевидними, ніж у дитинстві, проте вони продовжують суттєво впливати на соціальне функціонування, професійну діяльність та якість життя. Багато дорослих осіб із аутизмом стикаються з труднощами у встановленні міжособистісних відносин, розумінні соціальних норм та адаптації до вимог соціального середовища (Howlin & Moss, 2012).

Аутичний розлад у дорослому віці є складним і багатовимірним феноменом, який впливає на різні сфери життєдіяльності особистості. Розуміння особливостей його проявів є необхідною умовою для дослідження якості життя дорослих осіб із РАС та розроблення ефективних стратегій підтримки.

1.2 Поняття та підходи до визначення якості життя

Поняття «якість життя» посідає важливе місце у сучасних психологічних і соціальних дослідженнях, оскільки воно відображає рівень благополуччя людини та її задоволеність різними аспектами життєдіяльності. У науковому дискурсі цей концепт сформувався у другій половині XX століття і поступово перетворився на один із ключових показників оцінювання соціального розвитку та індивідуального благополуччя, складний багатовимірний феномен, що

поєднує об'єктивні умови життя та суб'єктивне сприйняття людиною власного благополуччя (Felce & Perry, 1995).

Еволюція поняття «якість життя» відображає зміну наукових підходів до розуміння людського добробуту — від економічних показників до комплексного аналізу психологічних, соціальних та культурних аспектів життя людини.

Перші підходи до оцінювання якості життя виникли у середині ХХ століття у контексті економічних і соціологічних досліджень добробуту населення. У середині ХХ століття вчені розглядали якість життя переважно через призму матеріальних умов життя, таких як рівень доходів, житлові умови, доступ до освіти та медичних послуг. У цьому контексті якість життя ототожнювалася з поняттям рівня життя, а основна увага приділялася об'єктивним соціально-економічним показникам (Campbell, Converse & Rodgers, 1976). Подібний підхід отримав назву об'єктивного, оскільки він ґрунтувався на кількісному вимірюванні зовнішніх умов існування людини.

Отже, у цей період основна увага приділялася об'єктивним показникам добробуту, таким як рівень доходів, зайнятість, житлові умови та доступ до соціальних ресурсів. Якість життя фактично ототожнювалася з рівнем життя, а її оцінювання здійснювалося за допомогою кількісних соціально-економічних індикаторів (Campbell, Converse & Rodgers, 1976).

У 1960–1970-х роках відбувається важливий зсув у дослідженнях якості життя, пов'язаний із усвідомленням обмеженості виключно економічного підходу. Дослідники почали звертати увагу на те, що об'єктивні умови життя не завжди відображають реальний рівень задоволеності людини. Це призвело до формування нового напрямку досліджень, орієнтованого на вивчення суб'єктивного благополуччя, розробленого Ed Diener. Його роботи стали основою для формування сучасного розуміння якості життя як інтегративного

психологічного феномену, що визначається не лише об'єктивними умовами життя, але й індивідуальним досвідом людини (Diener, 1984).

У межах цього підходу якість життя розглядається через призму суб'єктивного благополуччя (subjective well-being, SWB), яке включає когнітивні та емоційні компоненти. Такий підхід став альтернативою традиційним економічним моделям добробуту, оскільки дозволив враховувати внутрішній досвід людини та її індивідуальну оцінку життєвих обставин.

Згідно з концепцією Дінера, суб'єктивне благополуччя складається з трьох основних компонентів (Diener, 1984; Diener et al., 1999):

1. Когнітивний компонент, або задоволеність життям,
2. Позитивний афект, або частота і інтенсивність позитивних емоцій,
3. Негативний афект, або частота і інтенсивність негативних емоцій.

Когнітивний компонент відображає усвідомлену оцінку людиною власного життя відповідно до її цінностей і очікувань. Він є відносно стабільним і пов'язаний із загальним сприйняттям життєвого успіху.

Афективні компоненти відображають емоційний досвід людини. Важливо, що позитивні та негативні емоції розглядаються як відносно незалежні виміри, а не як протилежні полюси одного континууму.

Одним із ключових положень концепції є те, що якість життя не є прямим відображенням об'єктивних умов життя. Дослідження показують, що люди можуть по-різному оцінювати однакові життєві обставини залежно від своїх особистісних характеристик, цінностей та очікувань (Diener, Oishi & Tay, 2018).

Серед основних факторів, що впливають на суб'єктивне благополуччя, Дінер виділяє:

- особистісні характеристики (зокрема, самооцінка, оптимізм);
- соціальні відносини;
- культурний контекст;

- життєві події;
- рівень адаптації до умов життя.

Важливим є також принцип адаптації, відповідно до якого людина має тенденцію повертатися до відносно стабільного рівня благополуччя після позитивних або негативних подій. Це явище отримало назву гедонічної адаптації, “hedonic adaptation”.

Концепція Дінера відіграє важливу роль у сучасних дослідженнях якості життя, оскільки вона дозволяє розглядати благополуччя як результат взаємодії об’єктивних умов життя та суб’єктивного досвіду людини. У цьому контексті якість життя визначається не лише рівнем матеріального забезпечення або станом здоров’я, але й тим, наскільки людина задоволена своїм життям і відчуває позитивні емоції.

Сучасні дослідження теж підтверджують, що суб’єктивне благополуччя є важливим предиктором психологічного здоров’я, соціальної адаптації, професійної задоволеності, загальної якості життя (Diener et al., 2018).

Концепція суб’єктивного благополуччя є особливо важливою у контексті дослідження якості життя осіб із розладами аутистичного спектра. По-перше, вона дозволяє враховувати індивідуальний досвід людини, який може суттєво відрізнятися від об’єктивних умов життя. По-друге, цей підхід підкреслює важливість психологічних факторів, таких як самооцінка, соціальна підтримка та емоційний стан, які є ключовими змінними у дослідженні якості життя дорослих аутистів. Дослідження показують, що навіть за однакових соціально-економічних умов рівень суб’єктивного благополуччя у осіб із РАС може значно варіюватися залежно від рівня соціальної підтримки, прийняття власної ідентичності та психологічної адаптації (Mason et al., 2018).

Таким чином, концепція Дінера створює теоретичну основу для розуміння якості життя як суб'єктивного та динамічного феномену, що формується у процесі взаємодії особистості та соціального середовища.

Концепція суб'єктивного благополуччя стала ключовим етапом у розвитку досліджень якості життя, оскільки вона передбачає оцінювання життєвого благополуччя на основі індивідуального досвіду людини, включаючи когнітивні оцінки задоволеності життям та емоційні переживання (Diener, et al., 1999). Цей підхід дозволив інтегрувати психологічні аспекти у дослідження якості життя та значно розширив його теоретичні межі.

У 1980–1990-х роках відбувається подальший розвиток концепції якості життя, що супроводжується формуванням багатовимірних моделей. Дослідники почали розглядати якість життя як комплексний феномен, що включає фізичні, психологічні, соціальні та екологічні аспекти. Саме в цей період відбувається активна інтеграція підходів різних наук та розробка універсальних моделей якості життя.

Якість життя розглядається як комплексний багатовимірний конструкт, що інтегрує як об'єктивні умови життя, так і суб'єктивне сприйняття людиною власного благополуччя. Автори підкреслюють, що жоден із цих компонентів не може самостійно відображати реальний рівень якості життя, тому її оцінювання має базуватися на поєднанні зовнішніх показників (рівень доходу, житлові умови, доступ до ресурсів) та внутрішніх оцінок (задоволеність життям, емоційний стан) (Felce & Perry, 1995).

У межах своєї концепції дослідники виокремлюють кілька ключових сфер якості життя:

- фізичне благополуччя (стан здоров'я, фізична активність);
- матеріальне благополуччя (економічні умови життя);
- соціальні взаємини (якість міжособистісних контактів);

- емоційне благополуччя (психологічний стан, рівень задоволеності);
- розвиток та активність (можливості самореалізації, участь у діяльності).

Важливою особливістю цього підходу є акцент на необхідності комбінованого оцінювання якості життя, яке включає як кількісні (об'єктивні), так і якісні (суб'єктивні) показники. Такий підхід став основою для подальших моделей якості життя та суттєво вплинув на розвиток сучасних психодіагностичних інструментів, зокрема опитувальників, орієнтованих на суб'єктивне благополуччя.

У цей же період Роберт Шалок запропонував багатовимірну модель, що включає такі домени, як емоційне благополуччя, міжособистісні відносини, самовизначення, соціальна інтеграція та права людини (Schalock, 2004). Ця модель стала однією з найбільш впливових у сучасних дослідженнях, особливо у сфері соціальної роботи та дослідження якості життя вразливих груп населення. Автор підкреслює, що якість життя формується у процесі взаємодії індивідуальних характеристик особистості та зовнішніх соціальних умов, а тому її оцінювання має враховувати як об'єктивні, так і суб'єктивні показники.

Відповідно до моделі Шалока, якість життя формується у результаті взаємодії індивідуальних характеристик людини та умов соціального середовища. Дослідник виділяє вісім основних доменів якості життя, які відображають ключові аспекти життєвого благополуччя:

1. Емоційне благополуччя – включає позитивний емоційний стан, відчуття задоволеності життям та психологічний комфорт.
2. Міжособистісні відносини – характеризує якість соціальних контактів, дружніх і сімейних взаємин.
3. Матеріальне благополуччя – пов'язане з рівнем доходів, житловими умовами та фінансовою стабільністю.

4. Особистісний розвиток – включає можливості навчання, розвитку навичок і самореалізації.
5. Фізичне благополуччя – охоплює стан здоров'я, фізичну активність та доступ до медичних послуг.
6. Самовизначення – відображає можливість самостійного прийняття рішень та контролю над власним життям.
7. Соціальна інклюзія – характеризує рівень участі людини у суспільному житті та відчуття належності до спільноти.
8. Права людини – включає забезпечення рівних прав, свободи та можливостей для самореалізації (Schalock & Verdugo, 2002).

Важливою особливістю моделі є те, що вона поєднує об'єктивні та суб'єктивні показники благополуччя. Це означає, що оцінювання якості життя має враховувати як реальні умови життя людини, так і її власну оцінку цих умов.

Модель широко застосовується у дослідженнях якості життя різних соціальних груп, зокрема осіб з інвалідністю, людей похилого віку та осіб із хронічними захворюваннями. Вона також використовується для розроблення соціальних програм підтримки та оцінювання ефективності соціальних послуг (Schalock, 2004). Концепція підкреслює значущість створення умов, які сприяють автономії, соціальній інтеграції та реалізації прав людини, що є ключовими факторами підвищення якості життя.

Важливий внесок у розвиток досліджень якості життя зробила Всесвітня організація охорони здоров'я, яка запропонувала універсальне визначення цього поняття та стандартизовані підходи до його оцінювання. Згідно з підходом ВООЗ, якість життя розглядається як сприйняття людиною свого становища у житті в контексті культури та системи цінностей, у яких вона живе, а також у зв'язку з її цілями, очікуваннями та стандартами (WHOQOL Group, 1995). Таким чином, у центрі уваги знаходиться суб'єктивна оцінка людиною власного життя.

Згідно з визначенням ВООЗ, якість життя – це сприйняття людиною свого становища у житті в контексті культури та системи цінностей, у яких вона живе, а також у зв'язку з її цілями, очікуваннями та стандартами (WHOQOL Group, 1995).

Це визначення підкреслює кілька важливих аспектів:

- суб'єктивний характер оцінювання якості життя;
- вплив культурного та соціального контексту;
- зв'язок між особистими цілями та умовами життя.

У межах підходу ВООЗ якість життя оцінюється за кількома основними доменами:

1. Фізичне здоров'я – рівень енергії, фізична активність, стан здоров'я.
2. Психологічний стан – самооцінка, емоційний стан, когнітивні процеси.
3. Соціальні взаємини – міжособистісні контакти, соціальна підтримка.
4. Навколишнє середовище – умови проживання, безпека, доступ до ресурсів (WHOQOL Group, 1998).

Кожен із цих компонентів відображає окремий аспект життєвого благополуччя та дозволяє здійснювати комплексну оцінку якості життя.

На основі цієї концепції було розроблено стандартизовані інструменти оцінювання якості життя, зокрема WHOQOL-100 та скорочену версію WHOQOL-BREF, які широко застосовуються у психологічних, медичних і соціальних дослідженнях. Важливою перевагою підходу ВООЗ є його міжкультурна універсальність, що дозволяє використовувати ці інструменти у різних країнах та порівнювати результати досліджень.

У XXI столітті дослідження якості життя набувають ще більшої міждисциплінарності. Сучасний етап розвитку досліджень якості життя характеризується переходом від описових підходів до інтегративних моделей, які поєднують психологічні, соціальні та медичні аспекти благополуччя. У центрі

уваги дослідників перебуває не лише оцінювання умов життя, але й аналіз механізмів формування суб'єктивного благополуччя та адаптації особистості до соціального середовища (Cummins, 2018; Sirgy, 2021).

У межах позитивної психології значного розвитку набула модель благополуччя PERMA, запропонована М. Селігманом. Згідно з цією моделлю, якість життя визначається п'ятьма ключовими компонентами: позитивні емоції, залученість, міжособистісні відносини, смисл життя та досягнення (Seligman, 2011). Ця модель є важливою, оскільки вона розширює традиційне розуміння якості життя, включаючи не лише задоволеність життям, але й активну участь людини у значущій діяльності. Дослідники підкреслюють, що благополуччя людини визначається не лише відсутністю негативних факторів, але й наявністю позитивного досвіду, самореалізації та соціальних зв'язків.

Сучасні дослідження також розширюють класичні підходи до якості життя, включаючи нові концепції, такі як психологічна насиченість життя, яка характеризується різноманітністю досвіду та інтенсивністю переживань. Наприклад, поряд із гедоністичним (задоволення) та евдемонічним (самореалізація) підходами виділяється третій вимір – психологічна насиченість життя, яка характеризується різноманітністю досвіду та інтенсивністю переживань (Oishi, 2019). Такий підхід підкреслює, що якість життя може визначатися не лише стабільністю та комфортом, але й наявністю нових вражень і життєвого різноманіття.

Важливим напрямом сучасних досліджень є також вивчення ролі соціальних факторів у формуванні якості життя. Дослідники підкреслюють, що соціальна підтримка, якість міжособистісних відносин та рівень соціальної інтеграції мають значний вплив на суб'єктивне благополуччя людини (Sirgy, 2021). Соціальне середовище може виступати як ресурсом адаптації, так і джерелом стресу, що визначає індивідуальні відмінності у рівні якості життя.

Крім того, у сучасній науці значна увага приділяється вивченню якості життя різних соціальних груп, зокрема осіб із хронічними захворюваннями, інвалідністю та нейророзвитковими особливостями. Це сприяє розвитку прикладних досліджень та створенню програм підтримки, спрямованих на підвищення рівня життєвого благополуччя (Schalock & Verdugo, 2002).

У сучасних дослідженнях також активно розвивається напрям, пов'язаний із вивченням якості життя у контексті психічного здоров'я. Зокрема, встановлено, що такі фактори, як тривожність, депресія та хронічний стрес, мають суттєвий негативний вплив на суб'єктивне благополуччя (Radulović, D., Đorđević, V., & Stanković, 2024). Водночас психологічна стійкість, адаптивні стратегії подолання труднощів та позитивна самооцінка можуть виступати важливими ресурсами підтримання високого рівня якості життя.

Окремий напрям сучасних досліджень пов'язаний із вивченням якості життя вразливих соціальних груп. Дослідники підкреслюють, що для таких груп важливими є не лише загальні показники благополуччя, але й специфічні фактори, пов'язані з особливостями їхнього соціального становища. Наприклад, дослідження показують, що якість життя людей з інвалідністю значною мірою залежить від рівня соціальної підтримки, доступності ресурсів та можливостей соціальної участі (Schalock & Verdugo, 2002).

У контексті глобальних змін сучасні дослідження також звертають увагу на вплив макросоціальних факторів на якість життя. Зокрема, пандемія COVID-19 продемонструвала, що соціальна ізоляція, невизначеність та економічні труднощі можуть суттєво знижувати рівень психологічного благополуччя населення (Geirdal et al., 2021). Це підтверджує, що якість життя є динамічним показником, який реагує на зміни соціального середовища.

У сучасній науковій літературі також підкреслюється необхідність інтеграції різних підходів до дослідження якості життя. Зокрема, комбінування

об'єктивних і суб'єктивних показників дозволяє отримати більш повне уявлення про благополуччя людини та визначити фактори, що впливають на її життєву задоволеність (Cummins, 2018).

Таким чином, історія досліджень якості життя відображає поступовий перехід від вузького економічного підходу до комплексного міждисциплінарного розуміння благополуччя людини. Сучасні підходи підкреслюють важливість поєднання об'єктивних і суб'єктивних показників, їх інтегративний характер та необхідність врахування як об'єктивних умов життя, так і суб'єктивного досвіду людини а також врахування психологічних, соціальних і культурних факторів у дослідженні якості життя та створюють теоретичну основу для дослідження якості життя різних соціальних груп, зокрема дорослих осіб із розладами аутистичного спектра.

Якість життя осіб із розладами аутистичного спектра (РАС) є одним із ключових напрямів сучасних психологічних і медико-соціальних досліджень. Зростання уваги до цієї проблематики зумовлене переходом від суто клінічного підходу до аутизму до розуміння необхідності забезпечення повноцінного соціального функціонування та благополуччя людей з РАС упродовж усього життя (Lord, Elsabbagh, Baird, & Veenstra-Vanderweele, 2018).

У сучасних дослідженнях якість життя осіб із РАС розглядається як багатовимірний показник, що включає фізичне здоров'я, психологічний стан, соціальні взаємини, рівень автономії та участі у суспільному житті (Schalock, 2004; WHOQOL Group, 1995). При цьому особлива увага приділяється суб'єктивному сприйняттю власного життя, оскільки саме воно є ключовим індикатором благополуччя.

Дослідження показують, що дорослі особи з аутизмом у середньому демонструють нижчий рівень якості життя порівняно з нейротиповою популяцією (Mason et al., 2018). Особливо це стосується таких сфер, як соціальні

взаємини, психологічне благополуччя та професійна реалізація. Водночас результати досліджень підкреслюють значну варіативність показників якості життя серед осіб із РАС, що свідчить про важливу роль індивідуальних і соціальних факторів.

1.3 Психологічні аспекти якості життя дорослих осіб із РАС

Якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра значною мірою визначається психологічними чинниками, які впливають на суб'єктивне благополуччя, адаптацію та загальне функціонування особистості. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що психологічні аспекти можуть мати навіть більший вплив на якість життя, ніж об'єктивні соціально-економічні умови (Diener, Oishi & Tay, 2018).

Особливості когнітивного та емоційного функціонування осіб із РАС зумовлюють специфіку їхнього самосприйняття, соціальної взаємодії та реагування на стресові ситуації, що безпосередньо відображається на рівні їхнього суб'єктивного благополуччя.

Самосприйняття є одним із ключових психологічних чинників, що визначають якість життя людини. Воно включає уявлення особистості про себе, власну цінність, здібності та місце у соціальному середовищі. У випадку дорослих осіб із РАС самосприйняття має специфічні особливості, пов'язані з досвідом соціальної взаємодії, стигматизації та прийняття власної нейрорізноманітності.

Водночас сучасні підходи, зокрема концепція нейрорізноманітності, сприяють формуванню більш позитивного ставлення до аутизму та підвищенню рівня самоприйняття. У межах цього підходу аутизм розглядається як варіант розвитку, а не як дефіцит, що може позитивно впливати на самооцінку та якість життя осіб із РАС (Pellicano & den Houting, 2022).

Аутична ідентичність є важливим психологічним конструктом, що відображає спосіб, у який особа з розладом аутистичного спектра усвідомлює, приймає та інтегрує власні особливості у структуру свого «Я». У сучасних дослідженнях вона розглядається як ключовий фактор психологічного благополуччя та якості життя дорослих осіб із РАС (Botha & Frost, 2020; Ayres et al., 2018).

Формування ідентичності є складним процесом, що відбувається протягом життя і залежить від індивідуального досвіду, соціального контексту та культурних факторів. У випадку осіб із РАС цей процес має специфічні особливості, оскільки він часто пов'язаний із досвідом соціальної ізоляції, нерозуміння та стигматизації (Cooper, Smith & Russell, 2017). У таких умовах формування позитивної ідентичності може бути ускладненим, що негативно впливає на самооцінку та психологічне благополуччя.

Сучасні дослідження підкреслюють, що розвиток аутичної ідентичності відбувається у контексті взаємодії двох основних підходів до розуміння аутизму: медичного та соціального. У межах медичного підходу аутизм розглядається як порушення розвитку, що може сприяти формуванню негативного образу себе. Натомість соціальна модель та підхід нейрорізноманітності трактують аутизм як варіант розвитку, що має свої особливості та сильні сторони (Kapp et al., 2013). Така перспектива сприяє формуванню більш позитивної аутичної ідентичності.

Внутрішня стигматизація та спроби відповідати соціальним нормам за рахунок пригнічення власних особливостей можуть негативно впливати на психоемоційний стан. У цьому контексті важливу роль відіграє феномен камуфляжу (masking), який часто використовується дорослими особами з РАС для адаптації до соціального середовища. Як вже зазначалося, камуфляж може сприяти соціальній інтеграції, він нерідко призводить до втрати автентичності та

підвищеного рівня психологічного виснаження (Hull et al., 2017), що, у свою чергу, може ускладнювати формування цілісної та позитивної ідентичності.

Важливим чинником розвитку аутичної ідентичності є також належність до спільноти. Дослідження показують, що участь у спільнотах людей із аутизмом сприяє формуванню позитивного образу себе, підвищенню самооцінки та зниженню відчуття ізолюваності (Cage, Andres, & Mahoney, 2018). Соціальна підтримка та можливість взаємодії з людьми, які мають подібний досвід, є важливими ресурсами психологічного благополуччя.

Сучасні підходи також підкреслюють роль так званої “подвійної емпатії”, яка пояснює труднощі взаєморозуміння між аутичними та нейротиповими людьми як взаємний процес (Milton, 2012). Це дозволяє переосмислити соціальні труднощі осіб із РАС не як індивідуальний дефіцит, а як результат невідповідності між різними типами когнітивного та соціального функціонування.

Таким чином, розвиток аутичної ідентичності є складним і багатофакторним процесом, що відіграє важливу роль у формуванні самооцінки, психологічного благополуччя та якості життя. Позитивна аутична ідентичність виступає важливим ресурсом адаптації, тоді як її порушення може бути фактором ризику розвитку психологічних труднощів.

Стигматизація та дискримінація є важливими соціально-психологічними чинниками, що суттєво впливають на якість життя осіб із розладами аутистичного спектра. У сучасних дослідженнях стигматизація розглядається як процес формування негативних соціальних установок, стереотипів та упереджень щодо певної групи людей, що призводить до їх соціального виключення та обмеження можливостей (Goffman, 1963).

Особи з РАС часто стикаються зі стигматизацією через особливості поведінки, комунікації та сприйняття соціальних норм. Нерозуміння з боку

оточення, відсутність обізнаності про аутизм та стереотипні уявлення сприяють формуванню негативного ставлення до цієї групи (Gray, 2002). У результаті аутичні особи можуть зазнавати соціального відторгнення, ізоляції та обмеження участі у суспільному житті.

Важливим аспектом є розмежування зовнішньої (соціальної) стигматизації та внутрішньої (самостигматизації). Зовнішня стигматизація проявляється у формі дискримінаційних практик, упередженого ставлення та соціального виключення. Внутрішня стигматизація пов'язана з інтеріоризацією негативних соціальних установок, що може призводити до зниження самооцінки, формування негативного образу себе та розвитку психологічних проблем (Botha & Frost, 2020).

Дослідження показують, що стигматизація є одним із ключових факторів, що негативно впливають на психоемоційний стан осіб із РАС. Вона пов'язана з підвищеним рівнем тривожності, депресії та стресу, а також зі зниженням рівня життєвої задоволеності (Cage, Andres, & Mahoney, 2018). Особливо вразливими є особи, які отримали діагноз у дорослому віці, оскільки вони можуть мати тривалий досвід соціального неприйняття.

Дискримінація осіб із РАС проявляється у різних сферах життя, зокрема у сфері освіти, працевлаштування та соціальної взаємодії. Особи з аутизмом часто стикаються з обмеженим доступом до ресурсів, труднощами у працевлаштуванні та упередженим ставленням з боку роботодавців (Hendricks, 2010). Це суттєво впливає на їхню економічну незалежність та соціальну інтеграцію.

Всі зазначені вище фактори безпосередньо валивають на самооцінку осіб з РАС. Самооцінка є одним із ключових компонентів структури особистості, який відображає ставлення людини до себе, рівень її самоприйняття та оцінку власної цінності.

1.4. Дослідження самооцінки в контексті якості життя дорослих з РАС

Поняття самооцінки має тривалу історію розвитку у психології та пов'язане з дослідженням самосвідомості, «Я-концепції» та особистісного розвитку. Формування сучасного розуміння самооцінки відбувалося поступово, у межах різних теоретичних підходів — від класичних соціально-психологічних концепцій до сучасних емпіричних досліджень.

Перші наукові уявлення про самооцінку пов'язані з роботами William James, який одним із перших запропонував концепцію «Я» як багатовимірного утворення. Він розглядав самооцінку як співвідношення між досягненнями людини та її очікуваннями, підкреслюючи, що вона залежить не лише від об'єктивних результатів, але й від суб'єктивних стандартів (Reitz, 2022). Цей підхід заклав основу для подальшого розуміння самооцінки як динамічного та відносного феномену.

Подальший розвиток концепції самооцінки відбувався у межах соціальної психології. Значний внесок зробив Чарльз Кулі, який сформулював концепцію «дзеркального Я». Згідно з цим підходом, уявлення людини про себе формується на основі того, як, на її думку, її сприймають інші. Таким чином, самооцінка розглядається як соціально зумовлений феномен. Ідеї соціальної природи самооцінки були розвинені Джорджем Мідом, який підкреслював роль соціальної взаємодії у формуванні самосвідомості. Він вважав, що «Я» формується через інтеріоризацію соціальних норм і очікувань, що безпосередньо впливає на рівень самооцінки (Orth, & Robins, 2014).

У середині XX століття дослідження самооцінки набувають більш емпіричного характеру. Значний внесок зробив Morris Rosenberg, який розробив концепцію глобальної самооцінки та створив одну з найпоширеніших методик її вимірювання — шкалу самооцінки Розенберга (Rosenberg, 1965). У його підході

самооцінка розглядається як відносно стабільне ставлення людини до себе, що має важливе значення для психологічного благополуччя.

У цей же період розвиваються дослідження самооцінки у межах гуманістичної психології. Carl Rogers підкреслював важливість самоприйняття та узгодженості між реальним і ідеальним «Я» для формування позитивної самооцінки (Rogers, 1961). Згідно з цим підходом, низька самооцінка є результатом невідповідності між власним досвідом і соціальними очікуваннями.

У другій половині XX століття дослідження самооцінки значно розширюються. Вона починає розглядатися як багатовимірний конструкт, що включає різні аспекти самосприйняття. У цей період також активно досліджується її зв'язок із мотивацією, поведінкою та психологічним благополуччям (Coopersmith, 1967).

Сучасний етап досліджень самооцінки характеризується інтеграцією різних підходів та активним використанням емпіричних методів. Дослідження показують, що самооцінка є відносно стабільною характеристикою, але водночас може змінюватися під впливом життєвого досвіду та соціальних факторів (Orth & Robins, 2014).

Особливу увагу приділяють вивченню взаємозв'язку самооцінки з психічним здоров'ям. Зокрема, встановлено, що низька самооцінка є важливим предиктором розвитку депресії та тривожних розладів (Sowislo & Orth, 2013).

Таким чином, історія досліджень самооцінки відображає перехід від філософських і теоретичних уявлень до емпірично обґрунтованих моделей, що враховують соціальні, когнітивні та емоційні аспекти особистості. Сучасні підходи підкреслюють її складний, багатовимірний характер і ключову роль у формуванні психологічного благополуччя та якості життя.

Отже, самооцінка є одним із центральних понять психології особистості, що відображає загальне ставлення людини до себе, її оцінку власної цінності та

значущості. У класичному визначенні самооцінка розглядається як стійке емоційно-оцінне ставлення до себе, яке формується у процесі соціалізації та взаємодії з оточенням (Rosenberg, 1965).

У сучасних дослідженнях самооцінка розглядається як багатовимірний конструкт, що включає як глобальну оцінку себе, так і специфічні уявлення про окремі сфери діяльності (Orth & Robins, 2014). Вона виконує важливу регулятивну функцію, впливаючи на поведінку, мотивацію, рівень домагань і здатність до подолання труднощів.

Сучасні підходи також підкреслюють динамічний характер самооцінки. Хоча вона має відносно стабільний характер, її рівень може змінюватися під впливом життєвого досвіду, соціальних взаємодій та значущих подій (Orth & Robins, 2014). Особливо важливу роль у формуванні самооцінки відіграють ранні соціальні взаємодії, досвід успіху або невдачі та підтримка з боку значущих інших.

Окремий напрям досліджень пов'язаний із вивченням самооцінки у контексті соціальної ідентичності. Згідно з цим підходом, самооцінка формується не лише на індивідуальному рівні, але й залежить від належності до певних соціальних груп (Tajfel & Turner, 1979). Формування самооцінки значною мірою залежить від соціального контексту, зокрема від досвіду міжособистісної взаємодії, соціального прийняття та підтримки. Згідно з соціально-психологічними підходами, самооцінка формується у процесі порівняння себе з іншими та оцінки власного статусу у соціальній групі (Coopersmith, 1967). Позитивна соціальна ідентичність сприяє підвищенню самооцінки, тоді як стигматизація або дискримінація можуть її знижувати.

Сучасні дослідження також приділяють увагу культурним відмінностям у формуванні самооцінки. Встановлено, що у різних культурах значення індивідуальних досягнень, соціальних відносин та самоприйняття може суттєво

відрізнятися, що впливає на рівень та структуру самооцінки (Heine, Lehman, Markus, & Kitayama, 1999).

Одним із ключових напрямів дослідження самооцінки є її зв'язок із психологічним благополуччям. Дослідження показують, що високий рівень самооцінки пов'язаний із більшою життєвою задоволеністю, емоційною стабільністю та нижчим рівнем тривожності і депресії (Diener & Diener, 1995). Самооцінка виступає важливим ресурсом адаптації, який сприяє формуванню позитивного ставлення до життєвих подій та підвищує стійкість до стресу.

Водночас низька самооцінка розглядається як фактор ризику розвитку психічних порушень. Зокрема, дослідження показують, що вона може бути пов'язана з підвищеним рівнем тривожності, депресивними симптомами та соціальною ізоляцією (Sowislo & Orth, 2013). При цьому важливим є те, що самооцінка не лише відображає психологічний стан, але й активно впливає на нього.

Таким чином, самооцінка є складним і багатофакторним психологічним конструктом, який відіграє важливу роль у формуванні поведінки, психологічного благополуччя та якості життя. Вона формується під впливом індивідуального досвіду, соціального контексту та культурних факторів і може виступати як ресурсом адаптації, так і фактором ризику.

У контексті розладів аутистичного спектра самооцінка має специфічні особливості, зумовлені труднощами соціальної комунікації та досвідом взаємодії з соціальним середовищем. Вона формується під впливом індивідуального досвіду, соціального середовища та рівня прийняття власної ідентичності, і може виступати як ресурсом психологічного благополуччя, так і фактором ризику.

Дослідження показують, що дорослі особи з РАС у середньому демонструють нижчий рівень самооцінки порівняно з нейротиповими особами

(Cooper, Smith & Russell, 2017). Це може бути пов'язано з досвідом соціальної ізоляції, стигматизації та труднощами у встановленні соціальних контактів.

Формування самооцінки значною мірою залежить від соціального контексту, зокрема від досвіду міжособистісної взаємодії, соціального прийняття та підтримки. Згідно з соціально-психологічними підходами, самооцінка формується у процесі порівняння себе з іншими та оцінки власного статусу у соціальній групі (Coopersmith, 1967).

Одним із важливих факторів, що впливають на самооцінку осіб із РАС, є соціальна ідентичність. Дослідження показують, що позитивне прийняття власної аутичної ідентичності пов'язане з вищим рівнем самооцінки та психологічного благополуччя (Botha & Frost, 2020). Натомість внутрішня стигматизація та негативне ставлення до власних особливостей можуть призводити до зниження самооцінки.

Особливу роль у формуванні самооцінки відіграє досвід соціальної взаємодії. Часті труднощі у комунікації, нерозуміння з боку оточення та негативний соціальний досвід можуть сприяти формуванню негативного образу себе. У цьому контексті важливим є так званий “ефект подвійної емпатії”, відповідно до якого труднощі взаєморозуміння між аутичними та нейротиповими людьми є взаємними, а не односторонніми (Milton, 2012). Це дозволяє переосмислити проблему низької самооцінки як результат соціального контексту, а не лише індивідуальних особливостей.

Гендерні аспекти якості життя при РАС є відносно новим напрямом досліджень. Сучасні дані свідчать, що жінки з аутизмом часто стикаються з додатковими труднощами, пов'язаними з пізньою діагностикою, соціальними очікуваннями та більш вираженим використанням камуфляжу (Hull et al., 2017).

Дослідження показують, що жінки з РАС можуть мати вищий рівень тривожності та емоційного виснаження, що негативно впливає на їхню якість

життя (Lai et al., 2015). Водночас чоловіки частіше стикаються з труднощами у соціальній інтеграції та працевлаштуванні.

Таким чином, гендерні відмінності необхідно враховувати при дослідженні якості життя осіб із РАС, оскільки вони впливають на досвід соціалізації, адаптації та благополуччя.

Крім того, на самооцінку осіб із РАС впливає рівень їхньої автономії, професійної реалізації та соціальної підтримки. Дослідження показують, що наявність стабільної роботи, підтримуючого соціального середовища та можливостей самореалізації сприяє підвищенню самооцінки та загального рівня благополуччя (Cage, Andres, & Mahoney, 2018).

Водночас сучасні підходи, зокрема концепція нейрорізноманітності, сприяють формуванню більш позитивного ставлення до аутизму та підвищенню рівня самоприйняття. У межах цього підходу аутизм розглядається як варіант розвитку, а не як дефіцит, що може позитивно впливати на самооцінку та якість життя осіб із РАС (Pellicano & den Houting, 2022).

Таким чином, самооцінка є важливим психологічним чинником якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Вона формується під впливом індивідуального досвіду, соціального середовища та рівня прийняття власної ідентичності, і може виступати як ресурсом психологічного благополуччя, так і фактором ризику.

1.5 Соціально-економічні чинники якості життя дорослих осіб із РАС

Якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра значною мірою визначається не лише психологічними, але й соціально-економічними чинниками, які впливають на рівень їхньої автономії, соціальної інтеграції та можливості самореалізації. У сучасних дослідженнях підкреслюється, що саме

соціально-економічні умови часто виступають критичними факторами, які визначають довгострокове благополуччя осіб із РАС (Howlin & Moss, 2012).

Соціально-економічні чинники включають рівень освіти, можливості працевлаштування, житлову незалежність, соціальну інтеграцію та підтримку. Взаємодія цих факторів формує умови життя людини та визначає її можливості для повноцінної участі у суспільстві.

Освіта є одним із ключових факторів, що впливають на якість життя дорослих осіб із РАС. Вона визначає рівень професійної підготовки, можливості працевлаштування та соціальної мобільності. Дослідження показують, що значна частина осіб із аутизмом має труднощі у завершенні освітнього процесу або не отримує достатньої підтримки для переходу від освіти до ринку праці (VanBergeijk et al., 2008).

Навіть у випадках високого інтелектуального рівня та академічних досягнень, дорослі аутисти можуть стикатися з труднощами у застосуванні знань у практичній діяльності, що пов'язано з особливостями соціальної комунікації та виконавчих функцій. У цьому контексті важливим є створення інклюзивного освітнього середовища, яке враховує індивідуальні потреби осіб із РАС.

Професійна реалізація виступає важливим компонентом якості життя, оскільки вона забезпечує не лише матеріальну стабільність, але й сприяє формуванню соціальної ідентичності та самореалізації (Taylor & Seltzer, 2011). Працевлаштування є одним із найбільш досліджуваних аспектів якості життя дорослих осіб із аутизмом. Незважаючи на потенційно високий рівень здібностей, рівень зайнятості серед цієї групи залишається значно нижчим порівняно із загальною популяцією (Hendricks, 2010).

Основними бар'єрами працевлаштування є труднощі соціальної комунікації, недостатня адаптація робочого середовища, стереотипи та стигматизація з боку роботодавців, відсутність підтримки під час

працевлаштування. Дослідження показують, що навіть у випадку працевлаштування багато осіб із РАС працюють на посадах, які не відповідають їхньому рівню кваліфікації (underemployment), що негативно впливає на їхню задоволеність кар'єрою та якість життя (Baldwin, Costley, & Warren, 2014).

Водночас наявність стабільної роботи та задоволеність професійною діяльністю є важливими предикторами високого рівня життєвого благополуччя. Робота сприяє розвитку автономії, соціальної інтеграції та підвищенню самооцінки. Працевлаштування дорослих осіб з розладами аутистичного спектру (РАС) є ключовим аспектом соціальної адаптації, що впливає на економічну незалежність, соціальну інтеграцію та психічне благополуччя (Baldwin, Costley, & Warren, 2014). Однак статистика показує, що рівень працевлаштування серед дорослих з РАС значно нижчий порівняно з населенням загалом (Shattuck et al., 2012, Kaye, Jans, & Jones, 2011; Ohl et al., 2017), вони мають значно нижчі рівні зайнятості, часто працюють неповний робочий день (<20 годин/тиждень) (Davies et al., 2023), а рівень безробіття серед дорослих з РАС оцінюється до ~40 % чи більше (House of Commons Library, 2024).

Проблема працевлаштування осіб з інвалідністю, зокрема людей із розладами аутистичного спектру (РАС), залишається актуальною в Україні. За даними Міністерства соціальної політики України (МСП України, 2024), лише близько 28% працездатних осіб з інвалідністю мають офіційне місце роботи. Серед основних бар'єрів – упереджене ставлення роботодавців, відсутність адаптованих робочих місць і недостатній рівень інклюзивної культури в трудових колективах (Лавренюк & Одусанво, 2024; Brouwers, van Bergijk, van Weeghel, & de Boer, 2024; Robison & Ford, 2016). Наприклад, дослідження в UK показало, що кандидати з аутизмом частіше зазнають труднощів у процесі найму, ніж нейротипічні кандидати чи інші нейродивергентні (Davies et al., 2023).

В іноземній літературі описано багато досліджень, які вивчали питання працевлаштування дорослих з (РАС). Так, наприклад, огляд літератури: визначає 17 факторів, які впливають на працевлаштування людей з РАС (особисті, пов'язані із захворюванням, зовнішні) та підкреслює важливість контекстуальних факторів (Milbourn, 2019). У своєму дослідженні М. Харві та колег описує, як дорослі з аутизмом в Австралії працюють: типи зайнятості, підтримка на роботі, зв'язок з рівнем освіти (Harvey, 2021). В інших роботах проаналізовано бар'єри до працевлаштування, актуальний стан зайнятості дорослих з РАС у США (Coleman, 2018) та Німеччині (Lorenz, 2018). Є статті, присвячені окремій проблематиці працевлаштування дорослих з аутизмом, де розглядається вплив тривожності на пошук роботи (Hildebrandt, 2025), або як змінюється зайнятість дорослих з аутизмом з віком (Hickey et al., 2024).

На жаль, кількість спеціалізованих україномовних наукових досліджень, зосереджених виключно на працевлаштуванні дорослих осіб з РАС є меншою. Є роботи, де описуються проблеми працевлаштування осіб з інвалідністю (іноді без чіткого фокусу на РАС), в них поданий аналіз правової бази і ефективності програм працевлаштування осіб з інвалідністю (Полянський, 2024), досліджуються загальні бар'єри і умови працевлаштування осіб з інвалідністю в Україні (Продіус & Красіловська, 2024).

На думку дослідників, проблемами, які найчастіше ускладнюють вихід осіб із РАС на ринок праці, є труднощі у спілкуванні під час співбесід, страх відхилення, труднощі у встановленні соціальних контактів, сенсорні перевантаження в офісному середовищі, а також дискримінаційні практики роботодавців (Austin & Pisano, 2017; Продіус & Красіловська, 2024). Часто роботодавці мають хибне уявлення про аутизм як про когнітивне обмеження, тоді як більшість осіб із РАС мають середній або високий інтелектуальний рівень.

У дорослих з РАС часто є труднощі з невербальною та вербальною комунікацією, інтерпретацією соціальних сигналів, гнучкістю мислення, що створює проблеми на співбесіді чи в адаптації на роботі (Black et al., 2018; Hedley & Uljarević, 2017). Державна служба зайнятості (Державна служба зайнятості, 2022) зазначає, що більшість осіб із РАС не користуються її послугами через складнощі комунікації, сенсорну чутливість та недостатню обізнаність фахівців служби щодо специфіки РАС. Як наслідок, процес працевлаштування часто супроводжується стресом і відчуттям невпевненості у власних силах.

Водночас сучасні дослідження свідчать, що працівники з розладами спектра аутизму можуть мати низку професійно значущих переваг. Незважаючи на наявність індивідуальних відмінностей, багато аутичних людей демонструють високий рівень уваги до деталей, здатність тривалий час концентруватися на виконанні завдань, схильність до систематизації інформації, виявлення закономірностей та помилок, а також високий рівень точності під час виконання повторюваних або структурованих завдань. Саме тому їхні професійні компетентності особливо цінуються у сферах тестування програмного забезпечення, аналізу даних, контролю якості, бухгалтерського обліку, фінансового аудиту та інших видах діяльності, що потребують високої точності та послідовності (Cope, Remington & Crane, 2022; Austin & Pisano, 2017; Lorenz & Heinitz, 2014). Згідно з дослідженням Делойт (Deloitte, 2022), працівники з аутизмом у тестових групах ІТ-компаній показали на 30–50 % вищу точність у завданнях на виявлення помилок, ніж нейротипові колеги.

Багато дорослих з аутизмом мають здатність глибоко занурюватися в завдання і зберігати увагу протягом тривалого часу, особливо якщо робота відповідає їхнім інтересам. Це підвищує ефективність у монотонних або аналітичних видах діяльності, які часто викликають нудьгу в інших працівників. Багато осіб з РАС мають незвичайне, нестандартне бачення задач, здатність

помічати закономірності там, де інші не бачать. Це сприяє інноваційному мисленню – важливому чиннику конкурентоспроможності сучасних компаній (Austin & Pisano, 2017).

Дорослі з РАС, які знаходять комфортне і безпечне робоче середовище, зазвичай менше схильні змінювати місце роботи, що зменшує плинність кадрів. Наприклад, у програмі Autism at Work рівень утримання працівників з РАС перевищує 90 % (JPMorgan Chase, 2023; SAP, 2023). Наявність працівників з аутизмом підвищує соціальну відповідальність компанії, формує культуру поваги до різноманіття, що позитивно впливає на імідж бренду і залученість колективу. Згідно з Форбс (Forbes, 2023), компанії, які впровадили інклюзивні практики, мають на 17 % вищий рівень залученості персоналу.

У багатьох країнах (у т.ч. Польщі, Німеччині, Україні) передбачено податкові пільги для роботодавців, які працевлаштовують осіб з інвалідністю, державні дотації на адаптацію робочого місця, супровід спеціалістів з підтриманого працевлаштування. ЄС ухвалив Стратегію щодо прав осіб з інвалідністю 2021–2030 та «Disability Employment Package» – рамки і рекомендації для держав-членів щодо підвищення зайнятості, розвитку національних політик, підтриманого працевлаштування та інклюзивних практик (European Commission, 2021; European Inclusive Alliance, 2022); European Union of Supported Employment, 2022). Це дає політичну підтримку програмам працевлаштування осіб з інвалідністю по всій Європі. Project SEARCH – міжнародна модель «повної зануреності» для молоді з інтелектуальними і розвитковими порушеннями, в ній поєднані навчання в класі, ротації на робочих місцях і робота над подальшим працевлаштуванням (Project SEARCH, 2023). Вона широко використовується у США й Європі як ефективний шлях виведення молоді на конкурентний ринок праці.

У 2024–2025 рр. в Україні ухвалено/оновлено низку норм, що розширюють права на роботу людей з інвалідністю та посилюють обов’язки роботодавців щодо розумних пристосувань. Державна служба зайнятості реалізує програми професійного навчання, перекваліфікації та (у пілотному форматі) механіки підтриманого працевлаштування; проте охоплення і спеціалізація під РАС поки недостатні (ДСЗ України, 2022). У 2024–2025 рр. уряд/парламент готували й ухвалювали зміни для розширення працевлаштування (включно з працевлаштуванням у публічному секторі), що створює нові можливості (Фонд, 2025; Національна соціальна сервісна служба України, 2024).

Працевлаштування осіб з розладами аутистичного спектру (РАС) у сучасному суспільстві розглядається не лише як інструмент соціальної інтеграції, а й як важливий чинник реалізації людського потенціалу та забезпечення гідного рівня життя. У міжнародній практиці сформувалися кілька ефективних моделей працевлаштування, що враховують особливості аутичних людей, їхню сенсорну чутливість, труднощі соціальної взаємодії та схильність до структурованості (Autism Europe, 2024).

Підтримане працевлаштування (supported employment) базується на принципі індивідуального супроводу особи з інвалідністю у процесі пошуку та виконання роботи. У цій моделі передбачено участь спеціаліста із працевлаштування, який допомагає клієнтові визначити сильні сторони, знайти робоче місце, адаптуватися до корпоративної культури та підтримує впродовж перших місяців роботи (Продіус & Красіловська, 2024; Robison & Ford, 2016; Scott, Falkmer, Girdler & Falkmer, 2015). За даними Європейської мережі підтриманого працевлаштування, така модель підвищує успішність інтеграції осіб з РАС на ринку праці та сприяє зменшенню рівня стигматизації (European Union of Supported Employment, 2022; Child.ua, 2023).

Важливу роль у створенні робочих можливостей відіграють соціальні підприємства, які поєднують економічну діяльність із соціальною місією (Продіус & Красіловська, 2024). Такі організації забезпечують гнучкі умови праці, толерантне середовище та навчання на робочому місці. Відомим прикладом є французьке *Café Joyeux* (<https://us.cafejoyeux.com/>), де працюють люди з аутизмом і синдромом Дауна, а також українські ініціативи *Good Bread from Good People* (<https://goodbread.com.ua/>), які демонструють можливість поєднання соціальної користі та фінансової сталості.

В умовах цифрової економіки дедалі більшої популярності набуває дистанційна форма праці, яка є оптимальною для частини дорослих з РАС (Autism Europe, 2024). Такий формат дозволяє зменшити сенсорне перевантаження, уникнути соціальної тривоги й забезпечити спокійне робоче середовище. Дорослі з аутизмом успішно реалізуються у сферах ІТ, дизайну, бухгалтерії, аналітики даних та тестування програмного забезпечення. За даними міжнародних звітів, понад 60 % осіб з аутизмом, які мають можливість працювати дистанційно, повідомляють про вищий рівень продуктивності та задоволення роботою (Autism Europe, 2024).

Важливим напрямом є корпоративні програми інклюзивних компаній, які реалізують великі міжнародні корпорації. Вони впроваджують спеціальні програми набору та підтримки працівників із РАС, що передбачають адаптовані співбесіди, наставництво, можливість дистанційної роботи та індивідуальний графік. Наприклад, компанія *SAP* з 2013 року впроваджує програму *Autism at Work*, у межах якої створено сотні робочих місць для людей з аутизмом у сфері ІТ, HR та аналітики (SAP, 2023). *Microsoft* у межах *Neurodiversity Hiring Program* запровадила альтернативну систему добору кадрів – практичні оцінювальні сесії замість традиційних співбесід, що зменшує стрес і дає змогу продемонструвати реальні навички (Microsoft, 2023). *EY* створила *Neurodiversity Centers of*

Excellence, де команди нейрорізноманітних фахівців виконують складні аналітичні завдання з високою точністю. В Україні подібний підхід застосовують окремі ІТ-компанії, зокрема DataOcean (DataOcean, 2023), яка розробляє адаптовані умови праці для фахівців з аутизмом, але масштаб поки обмежений і залежить від ініціатив локальних роботодавців і донорської підтримки.

Ці приклади демонструють, що інклюзивне працевлаштування – не лише соціальна ініціатива, а й стратегічно вигідний напрям для бізнесу. Роботодавці отримують високомотивованих, уважних до деталей працівників, здатних до глибокої концентрації, а компанії зміцнюють інноваційну культуру та соціальну репутацію. Працевлаштування дорослих осіб з РАС – це не лише акт соціальної відповідальності, а й стратегічна перевага для бізнесу, яка поєднує точність, стабільність, інноваційність і людяність.

Соціальна інтеграція є одним із ключових показників якості життя та психологічного благополуччя людини, оскільки вона відображає рівень включеності індивіда у соціальне середовище, можливість встановлення міжособистісних зв'язків і участі у суспільному житті. У контексті розладів аутистичного спектра (РАС) ця сфера набуває особливого значення, оскільки труднощі соціальної взаємодії є однією з основних характеристик даного розладу (Lord, Elsabbagh, Baird, & Veenstra-Vanderweele, 2018).

Дослідження показують, що труднощі у соціальній комунікації та взаємодії зберігаються у дорослому віці та можуть навіть посилюватися через зростання соціальних вимог (Howlin & Moss, 2012). Це проявляється у складнощах встановлення та підтримки міжособистісних стосунків, розуміння соціальних норм, інтерпретації невербальних сигналів та емоцій інших людей.

Одним із важливих аспектів соціальної інтеграції є соціальна участь, яка включає участь у соціальних подіях, взаємодію з іншими людьми та належність до спільнот. Дослідження показують, що дорослі особи з РАС часто мають

обмежене коло соціальних контактів і рідше мають близькі дружні або романтичні стосунки (Tobin, Drager & Richardson 2014; Mason et al., 2018). Соціальна ізоляція є поширеним явищем і може негативно впливати на психологічне благополуччя.

Водночас сучасні дослідження підкреслюють, що соціальна інтеграція має різні форми і не обмежується лише кількістю контактів. Для осіб із РАС важливим є якісний аспект взаємин, зокрема відчуття прийняття, підтримки та взаєморозуміння. Навіть невелика кількість значущих соціальних зв'язків може суттєво підвищувати рівень якості життя (Cage, Andres, & Mahoney, 2018; Charlton, McQuaid & Wallace, 2023).

Особливу увагу дослідники приділяють міжособистісним стосункам, зокрема дружбі та романтичним відносинам. Хоча встановлення таких стосунків може бути складним, дослідження свідчать, що багато дорослих осіб із РАС прагнуть соціальної близькості та мають потребу у взаємній підтримці (Chen, Schneider & Patten, 2022; Wu, & Wang, 2025). Наявність партнерських або дружніх відносин асоціюється з вищим рівнем якості життя та психологічного благополуччя (Mason et al., 2018).

Важливим теоретичним поясненням труднощів соціальної взаємодії є концепція «подвійної емпатії», яка стверджує, що проблеми взаєморозуміння між аутичними та нейротиповими людьми є взаємними і зумовлені різницею у способах сприйняття та обробки соціальної інформації (Milton, 2012). Дослідження показують, що взаємодія між людьми з подібним нейротипом часто є більш комфортною та ефективною.

Соціальна підтримка виступає важливим ресурсом соціальної інтеграції. Вона включає емоційну підтримку, практичну допомогу та можливість соціальної взаємодії. Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки пов'язаний із кращими показниками якості життя, навіть з

урахуванням факторів психічного здоров'я (Kapp et al., 2018; Charlton, McQuaid & Wallace, 2023). Соціальні мережі та підтримуюче середовище можуть компенсувати труднощі соціальної взаємодії та сприяти адаптації.

Водночас важливо враховувати, що досвід соціальної інтеграції осіб із РАС є гетерогенним. Деякі люди мають розвинені соціальні мережі та задовільний рівень соціальної участі, тоді як інші стикаються з вираженою ізоляцією (van den Neuvel et al., 2025). Це підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу до підтримки соціальної інтеграції.

Таким чином, соціальна інтеграція та міжособистісні стосунки є важливими чинниками якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Вони визначають рівень соціальної участі, психологічного благополуччя та задоволеності життям. Підтримка соціальних зв'язків, розвиток інклюзивного середовища та врахування індивідуальних особливостей є важливими умовами підвищення якості життя цієї групи.

Соціальна адаптація є важливим показником функціонування особистості у суспільстві та одним із ключових компонентів якості життя. Вона визначається як процес пристосування індивіда до соціального середовища, засвоєння соціальних норм, ролей і моделей поведінки, а також здатність ефективно взаємодіяти з іншими людьми (APA, 2013). Для дорослих осіб із розладами аутистичного спектра (РАС) соціальна адаптація має специфічні особливості, пов'язані з труднощами у сфері комунікації та соціального пізнання.

Дослідження показують, що труднощі соціальної адаптації у дорослих осіб із РАС проявляються у складнощах встановлення міжособистісних контактів, розуміння соціальних норм та регуляції поведінки відповідно до ситуаційних вимог (Howlin & Moss, 2012). Навіть за високого рівня інтелекту, такі труднощі можуть суттєво обмежувати можливості соціальної інтеграції та професійної реалізації.

Важливим аспектом соціальної адаптації є здатність до самостійного життя, яка включає навички організації повсякденної діяльності, прийняття рішень та управління соціальними взаємодіями. Дослідження свідчать, що багато дорослих осіб із РАС потребують додаткової підтримки у розвитку цих навичок, що впливає на рівень їхньої автономії та якості життя (Howlin, Moss, Savage & Rutter, 2013).

У сучасних дослідженнях підкреслюється, що соціальна адаптація не є статичним показником, а формується у процесі взаємодії особистості з соціальним середовищем. Важливу роль відіграють як індивідуальні характеристики (когнітивні особливості, рівень самооцінки, емоційна регуляція), так і зовнішні фактори, зокрема рівень підтримки та інклюзивність середовища (Diener, Oishi & Tay, 2018).

Одним із ключових ресурсів соціальної адаптації є соціальна підтримка, яка визначається як система міжособистісних зв'язків, що забезпечує емоційну, інформаційну та практичну допомогу (Cohen & Wills, 1985). У дослідженнях підкреслюється, що саме сприйнята соціальна підтримка (*perceived social support*) має найбільший вплив на психологічне благополуччя.

Для дорослих осіб із РАС соціальна підтримка відіграє особливо важливу роль, оскільки вона може компенсувати труднощі соціальної взаємодії та сприяти більш ефективній адаптації. Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки пов'язаний із нижчим рівнем тривожності та депресії, а також із вищим рівнем життєвої задоволеності (Cage, Andres, & Mahoney, 2018; Mason et al., 2018).

Соціальна підтримка може надходити з різних джерел, зокрема від родини, друзів, партнерів та професійних служб. При цьому якість підтримки часто має більше значення, ніж її кількість. Підтримуюче середовище, яке враховує

особливості осіб із РАС, сприяє формуванню відчуття безпеки та прийняття, що позитивно впливає на їхній психоемоційний стан (Kapp et al., 2018).

Окрему увагу дослідники приділяють взаємозв'язку соціальної підтримки та якості життя. Встановлено, що соціальна підтримка є одним із найважливіших предикторів суб'єктивного благополуччя, незалежно від рівня функціональних обмежень (Charlton, McQuaid & Wallace, 2023). Вона також виступає буфером, який знижує негативний вплив стресу та сприяє психологічній стійкості. Водночас недостатній рівень соціальної підтримки може призводити до соціальної ізоляції, зниження самооцінки та погіршення психічного здоров'я. Це підкреслює необхідність розвитку програм підтримки та створення інклюзивного соціального середовища.

Таким чином, соціальна адаптація та соціальна підтримка є взаємопов'язаними чинниками, що суттєво впливають на якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Соціальна підтримка виступає важливим ресурсом, який сприяє адаптації, підвищує рівень благополуччя та зменшує негативний вплив соціальних труднощів.

Висновки до Розділу 1

У розділі розглянуто проблему якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра як комплексний психологічний та соціальний феномен. Аналіз наукових джерел показав, що якість життя цієї групи населення формується під впливом поєднання особистісних, соціальних та соціально-економічних чинників, які визначають рівень адаптації людини до умов соціального середовища та її суб'єктивне сприйняття власного благополуччя.

Отримані результати дозволяють розглядати якість життя дорослих аутистів як інтегративний показник, що відображає не лише об'єктивні умови життєдіяльності, але й психологічні ресурси особистості, рівень соціальної підтримки та можливості самореалізації. Встановлено, що психологічні характеристики, зокрема рівень самооцінки та особливості самосприйняття, відіграють важливу роль у формуванні суб'єктивного благополуччя. Позитивне ставлення до себе та прийняття власної ідентичності можуть виступати важливими ресурсами адаптації, сприяючи підвищенню рівня задоволеності життям.

Важливим чинником, що впливає на якість життя дорослих осіб з розладами аутистичного спектра, є соціальна підтримка. Наявність підтримувальних соціальних зв'язків, включаючи родину, друзів та значущих інших, сприяє зниженню рівня психологічного напруження, підвищує відчуття безпеки та приналежності до соціального середовища. Соціальна підтримка також може виступати ресурсом подолання труднощів, пов'язаних із соціальною адаптацією.

Крім психологічних і соціальних факторів, значний вплив на якість життя мають умови професійної реалізації. Професійна діяльність виступає важливим компонентом соціальної інтеграції, оскільки забезпечує не лише матеріальну стабільність, але й формує відчуття власної значущості, сприяє розвитку автономії та самостійності. Водночас дорослі аутисти часто стикаються з бар'єрами на ринку праці, що можуть обмежувати їхні можливості професійної реалізації та впливати на загальний рівень життєвого благополуччя.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтверджують, що якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра визначається взаємодією психологічних, соціальних і професійних факторів. Комплексний

підхід до вивчення цих чинників дозволяє більш повно зрозуміти механізми формування суб'єктивного благополуччя та адаптації цієї групи населення.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для розроблення психологічних програм підтримки дорослих аутистів, спрямованих на підвищення рівня самооцінки, розвиток соціальної підтримки та розширення можливостей професійної реалізації. Отримані дані можуть бути корисними для психологів, соціальних працівників, фахівців інклюзивних програм та організацій, які працюють із дорослими людьми з розладами аутистичного спектра.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розширенням вибірки, поглибленим аналізом психологічних чинників благополуччя та вивченням ефективності програм психологічної та соціальної підтримки дорослих осіб з аутизмом.

РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Модель дослідження

Якість життя розглядається у сучасних наукових дослідженнях як багатовимірний конструкт, який формується під впливом різноманітних психологічних, соціальних та соціально-економічних чинників. Сучасні моделі якості життя підкреслюють, що суб'єктивне благополуччя людини визначається не лише об'єктивними умовами життя, але й особистісними характеристиками, особливостями соціального оточення та можливостями самореалізації у різних сферах життєдіяльності (Schalock, 2004; Diener, 1984).

У контексті дослідження якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра особливу увагу приділяють психологічним ресурсам особистості, рівню соціальної підтримки та можливостям професійної інтеграції. Саме ці аспекти вважаються ключовими факторами, що визначають рівень адаптації дорослих аутистів до соціального середовища та їхнє суб'єктивне сприйняття власного благополуччя (Howlin & Moss, 2012).

Одним із важливих психологічних чинників, пов'язаних із якістю життя, є самооцінка. Рівень самооцінки відображає ставлення людини до себе, її відчуття власної цінності та впевненість у власних можливостях. Дослідження показують, що позитивна самооцінка сприяє формуванню психологічного благополуччя, підвищує рівень життєвої задоволеності та полегшує соціальну адаптацію (Rosenberg, 1965; Orth & Robins, 2014). Для дорослих осіб з аутизмом самооцінка може відігравати особливо важливу роль, оскільки вона пов'язана з процесами самосприйняття та формування особистісної ідентичності.

Важливим соціальним чинником якості життя виступає соціальна підтримка. Вона включає емоційну, інформаційну та практичну допомогу, яку людина отримує від родини, друзів та значущих інших. Соціальна підтримка

розглядається як один із ключових ресурсів психологічної адаптації та благополуччя, оскільки вона допомагає людині долати труднощі, знижує рівень стресу та сприяє формуванню почуття соціальної приналежності (Cohen & Wills, 1985). Для дорослих осіб із розладами аутистичного спектра наявність підтримувального соціального середовища має особливе значення, оскільки труднощі соціальної комунікації можуть підвищувати ризик соціальної ізоляції.

Окрім психологічних і соціальних факторів, важливу роль у формуванні якості життя відіграє професійна реалізація. Професійна діяльність є важливою складовою дорослого життя, оскільки забезпечує економічну незалежність, сприяє розвитку автономії та формуванню соціальної ідентичності. Дослідження показують, що задоволеність професійною діяльністю позитивно пов'язана із загальним рівнем життєвої задоволеності та психологічного благополуччя (Greenhaus, Parasuraman & Wormley, 1990). У випадку дорослих осіб з аутизмом професійна реалізація може відігравати важливу роль у процесі соціальної інтеграції та підвищенні рівня якості життя.

Таким чином, вибір для дослідження таких аспектів, як самооцінка, соціальна підтримка та задоволеність кар'єрою, зумовлений їхньою значущою роллю у формуванні суб'єктивного благополуччя та адаптації дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Аналіз цих чинників дозволяє комплексно дослідити психологічні та соціальні передумови якості життя та виявити взаємозв'язок між індивідуальними ресурсами особистості, соціальним середовищем і можливостями професійної реалізації.

Емпіричне дослідження було спрямоване на виявлення психологічних та соціальних чинників, що пов'язані з якістю життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Дослідження базується на логічній моделі, відповідно до якої рівень якості життя розглядається як інтегральний показник суб'єктивного

благополуччя, що може бути пов'язаний із особистісними характеристиками, соціальною підтримкою та професійною реалізацією.

У межах дослідження було висунуто припущення про існування зв'язку між рівнем якості життя та такими факторами, як рівень самооцінки, сприйнята соціальна підтримка та задоволеність кар'єрою.

Дослідження проводилося у кілька етапів. Перший теоретичний етап передбачав аналіз наукових джерел з проблематики якості життя, дорослого аутизму, психологічних і соціальних чинників благополуччя. На цьому етапі було сформульовано мету, завдання, дослідницькі питання та визначено методики дослідження. Другий емпіричний етап передбачав проведення опитування респондентів із використанням стандартизованих психодіагностичних методик. Третій етап – аналітичний – включав статистичну обробку отриманих результатів, інтерпретацію даних та формулювання висновків. Опитування проводилося у формі анкетування онлайн. Усі учасники дослідження брали участь добровільно та були попередньо поінформовані про мету дослідження.

Емпіричне дослідження ґрунтується на логічній моделі, у якій якість життя виступає залежною змінною, а особистісні, соціальні та професійні чинники — незалежними змінними (рівень самооцінки, рівень сприйнятої соціальної підтримки, рівень задоволеності кар'єрою). Передбачається, що вищий рівень самооцінки, соціальної підтримки та задоволеності професійною діяльністю може бути пов'язаний із вищим рівнем якості життя.

2.2 Характеристика дослідницької вибірки

У дослідженні взяли участь дорослі особи віком від 18 до 45 років. Загальна вибірка складалася з двох груп: основної та контрольної. Основна

група включала 40 дорослих осіб із встановленим діагнозом розладу аутистичного спектра. Контрольну групу становили 40 дорослих респондентів без діагнозу РАС. Таким чином, вибірка є збалансованою за кількістю учасників у кожній групі, що забезпечує можливість коректного порівняльного аналізу показників якості життя та визначення особливостей впливу психологічних і соціальних чинників на суб'єктивне благополуччя дорослих осіб з РАС та без.

Критерії включення у вибірку: вік від 18 до 45 років, добровільна згода на участь у дослідженні, здатність самостійно заповнювати опитувальники. Отримані дані оброблялися анонімно та використовувалися лише у наукових цілях.

У дослідженні представлені респонденти обох статей (жінки – 46 осіб чи 57.5%, чоловіки – 34 особи та 42.5%), що дозволяє враховувати гендерний аспект при інтерпретації результатів.

Більшість учасників дослідження мають вищу освіту. Значна частина респондентів також мала другу вищу або післядипломну освіту, тоді як частка осіб із лише середньою освітою була незначною (див. Рис.1.1). Отримані дані свідчать про загалом високий освітній рівень вибірки.

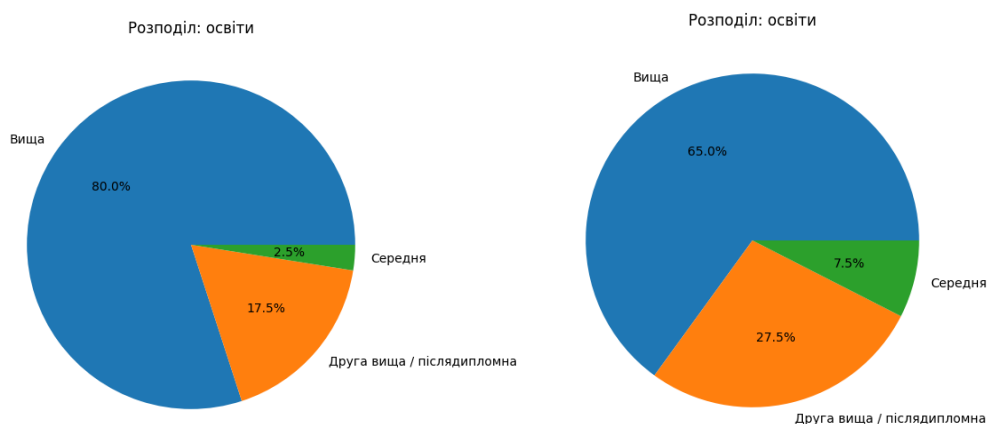


Рис.2.1. Розподіл досліджуваних за освітою

Аналіз професійного досвіду показав, що у вибірці були представлені респонденти з різною тривалістю трудового стажу. Найбільшу частку становили особи з досвідом роботи до 5 років, а також респонденти з досвідом до 10–20 років. Це свідчить про неоднорідність професійного досвіду та представленість різних вікових категорій.

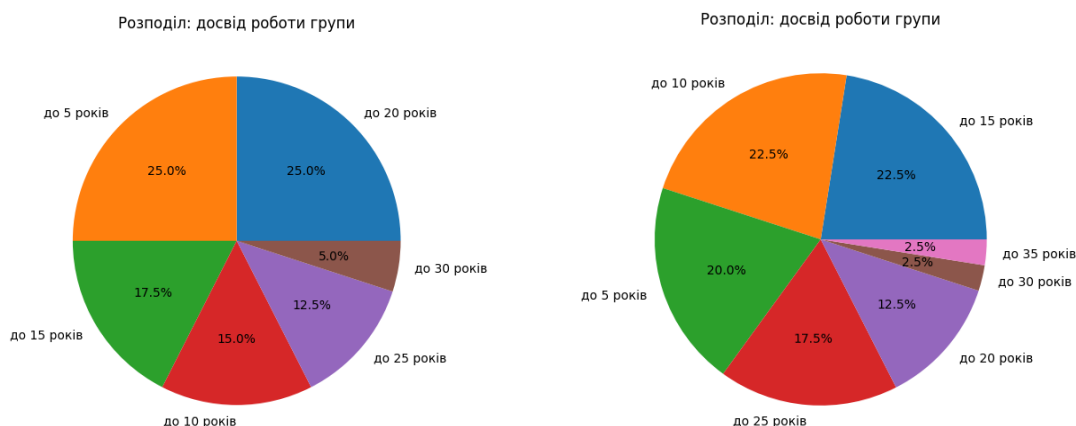


Рис.2.2. Розподіл досліджуваних за досвідом роботи

У вибірці були представлені різні форми працевлаштування, зокрема офіційна зайнятість за договором, неформальна зайнятість, волонтерська діяльність, робота з підтримкою тьютора, а також респонденти, які перебували у пошуку роботи.

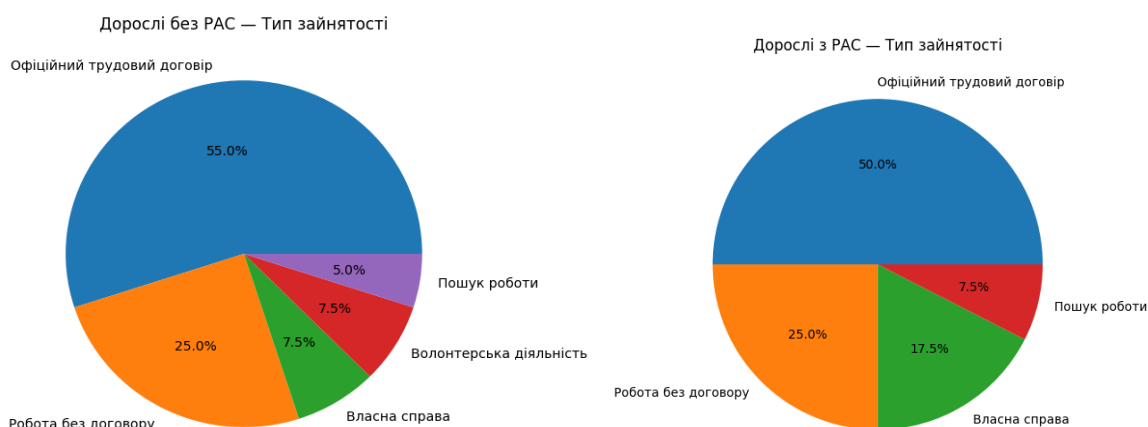


Рис.2.3. Розподіл досліджуваних за типом зайнятості

Аналіз сфер зайнятості показав, що респонденти працювали як у сфері інтелектуальної праці, так і у сферах обслуговування, адміністративної діяльності, творчих професій та ручної праці. Найбільш представленою виявилася інтелектуальна сфера діяльності.

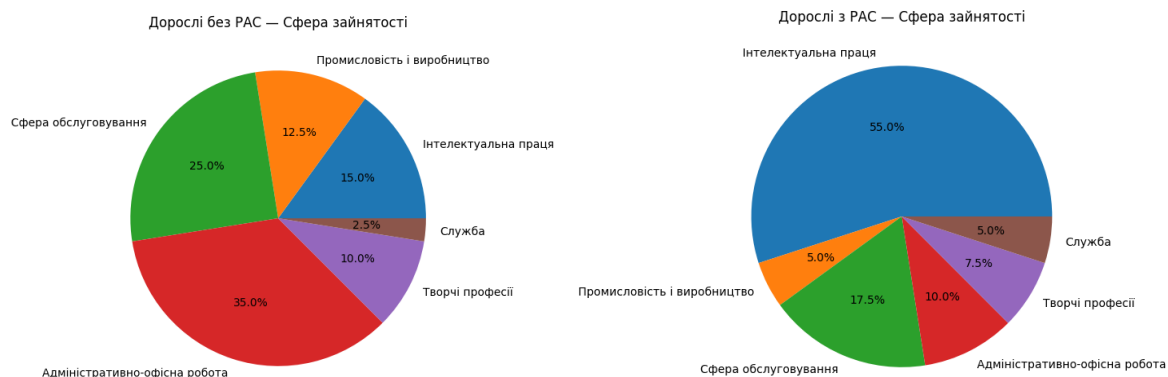


Рис.2.4. Розподіл досліджуваних за сферою зайнятості

Отримані дані свідчать про те, що значна частина дорослих осіб із РАС залучена до професійної діяльності, однак частина респондентів потребує більш гнучких умов праці або перебуває у процесі професійної адаптації.

Серед основної вибірки більшість респондентів були зайняті повний робочий день – 26 осіб, що становить 65,0% вибірки. Неповний робочий день мали 11 учасників (27,5%). Ще 3 респонденти (7,5%) перебували у пошуку роботи. Серед респондентів контрольної групи також переважна більшість учасників працювали повний робочий день – 36 осіб, що становить 90,0% вибірки. Неповний робочий день мали 2 респонденти (5,0%), ще 2 особи (5,0%) перебували у пошуку роботи. Отримані результати свідчать про високий рівень професійної залученості респондентів без РАС та переважання стабільної повної зайнятості у цій групі.

Окремо було проаналізовано наявність додаткової підтримки у професійній діяльності. Троє респондентів повідомили про наявність коуча або тьютора, а двоє також повідомили про отримання підтримки на роботі. Це має

особливе значення у контексті результатів дослідження, оскільки соціальна підтримка виявилася одним із важливих чинників якості життя дорослих осіб із РАС.

Загалом соціально-демографічні характеристики вибірки свідчать про її різноманітність за освітнім, професійним та соціальним досвідом, що дозволяє комплексно аналізувати особливості якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра.

Аналіз відкритих відповідей дорослих осіб із РАС щодо труднощів професійного середовища показав, що найбільш проблемними факторами для респондентів є сенсорне перевантаження, інтенсивна соціальна взаємодія та недостатня адаптованість робочих умов. Найчастіше учасники дослідження згадували гучні звуки та галас, великий колектив, яскраве освітлення, незручний графік роботи та тривалий час на доїзд до місця праці.

Окрім цього, респонденти відзначали труднощі, пов'язані з open space-простором, неможливістю усамітнення, надмірною кількістю соціальних контактів, необхідністю постійної комунікації та дотриманням неформальних соціальних ритуалів. Частина учасників повідомляла про складність роботи в умовах багатозадачності, дедлайнів та великої кількості одночасних обов'язків. Також окремо згадувалися сенсорні подразники, зокрема різкі запахи, невідповідна температура приміщення, незручні меблі та надмірна емоційність колег.

Отримані результати узгоджуються із сучасними дослідженнями дорослого аутизму, які підкреслюють підвищену сенсорну чутливість та значний вплив перевантаженого соціального середовища на психологічне благополуччя осіб із РАС. Зазначені труднощі можуть негативно впливати на професійну адаптацію, рівень стресу та загальну якість життя респондентів.

У контрольній групі респонденти також повідомляли про наявність певних труднощів у професійному середовищі, однак їхній характер був дещо менш вираженим та переважно стосувався організаційних і емоційних аспектів роботи. Найчастіше учасники зазначали незручний графік, надмірне робоче навантаження, тривалий час на доїзд до роботи та труднощі, пов'язані з великою кількістю обов'язків і необхідністю багатозадачності.

Частина респондентів вказувала на втому від постійної комунікації, шуму та великого колективу, однак сенсорні подразники згадувалися значно рідше, ніж у групі дорослих осіб із РАС. Окремі учасники також відзначали емоційну напругу через дедлайни, конфліктні ситуації або високий рівень відповідальності на роботі.

Отримані результати свідчать про те, що труднощі професійної адаптації певною мірою характерні для обох груп респондентів, проте у дорослих осіб із РАС вони частіше пов'язані саме із сенсорним перевантаженням та особливостями соціального середовища. У контрольній групі професійний стрес більшою мірою асоціюється з організаційними та емоційними чинниками трудової діяльності.

2.3 Методи та методики дослідження

Предметом даного дослідження є психологічні та соціально-економічні чинники, що впливають на рівень якості життя дорослих аутистів. Доцільним є використання методик, які вивчають особистісні, соціально-психологічні та професійні фактори.

Вимірювання здійснюється стандартизованими психометричними шкалами з перевіреною валідністю. Критеріями відбору стали валідність, надійність,

адаптованість до українських вибірок та можливість використання у дорослих респондентів із порушеннями комунікації.

Обґрунтування вибору методик. Опитувальник якості життя Ukrainian WHOQOL-BREF. Цей опитувальник дає оцінку якості життя та соціальної адаптації, він вимірює фізичне, психологічне, соціальне та середовищне благополуччя, що дозволяє розглядати соціальну адаптацію не лише як соціальну взаємодію, а як інтегральну характеристику якості життя. WHOQOL-BREF застосовують у багатьох дослідженнях із людьми, які мають хронічні стани, психічні розлади, інвалідність, тому він коректний і для вибірки дорослих з РАС. Українська версія дозволяє отримувати коректні результати без проблем культурної трансляції.

Шкала самооцінки Розенберга Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) оцінює самооцінку як особистісний чинник адаптації. Самооцінка є ключовим маркером соціального функціонування у дорослих з РАС: вона впливає на мотивацію, ініціативність, готовність виходити у соціальні взаємодії та взаємодіяти у професійних контекстах. Це коротка, валідна та широко використовується у світових дослідженнях аутизму, вона є чутливою до внутрішніх переживань, які часто невиражені поведінково в дорослих з РАС, та відображає внутрішні бар'єри адаптації, наприклад страх помилок, уникання соціальних ситуацій, критичність до себе.

Шкала оцінки сприйнятої соціальної підтримки MSPSS, Multidimensional Scale of Perceived Social Support розглядає соціальну підтримку як предиктор соціальної адаптації. Підтримка соціального оточення у випадку нейровідмінності є одним із найсильніших предикторів успішності адаптації (доступ до допомоги, можливість звернення, наявність ресурсних стосунків). Шкала дозволяє диференціювати підтримку від сім'ї, від друзів, від значущих

інших. Ця диференційованість важлива, бо дорослі з РАС часто мають нерівномірну структуру стосунків.

Шкала задоволеності кар'єрою Career Satisfaction Scale (Greenhaus et al., адаптація Тиченко) дозволяє оцінити ставлення до кар'єри та професійну адаптацію. Оцінка задоволеності роботою дозволяє зрозуміти, наскільки людина не просто працює, а відчуває себе успішною, компетентною та включеною у професійне середовище. Шкала оцінює відповідність роботи очікуванням, розвиток компетентностей, задоволення кар'єрним шляхом, відчуття професійного успіху. Вона адаптована українським дослідником, що робить її культурно та мовно коректною. Шкала дозволяє співставити професійну задоволеність з іншими факторами адаптації (соціальна підтримка, самооцінка тощо).

Методи збору даних.

Для даного дослідження були обрані наступні **кількісні** (стандартизовані опитувальники для більшої вибірки):

- Демографія / контекст – вік, освіта, діагноз (хто його поставив);
- Авторська анкета – культурний контекст, питання про зайнятість: рівень освіти, досвід праці, тип контракту, робочі години, наявність супроводу/коуча, участь у програмах підтримки;
- Успішність адаптації – Ukrainian_WHOQOL-BREF;
- Особистісні фактори – Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES);
- Соціальні фактори – MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, 12 пунктів);
- Професійні показники – Шкала задоволеності кар'єрою (Career Satisfaction Scale), (автори Greenhaus, J.H., Parasuraman, S., & Wormley, W.M, в адаптації М.Є. Тиченко).

Методи статистичної обробки даних

Для аналізу отриманих результатів було використано комплекс методів математичної статистики.

На першому етапі здійснювався аналіз описової статистики, що включав обчислення середнього значення (M), стандартного відхилення (SD), мінімальних і максимальних показників для всіх змінних дослідження.

З метою перевірки взаємозв'язків між показниками якості життя, рівнем самооцінки, сприйнятою соціальною підтримкою та задоволеністю кар'єрою було застосовано кореляційний аналіз.

Оскільки дослідження передбачає наявність двох груп респондентів — основної (дорослі особи з розладами аутистичного спектра) та контрольної (дорослі особи без аутизму), для виявлення статистично значущих відмінностей між групами було використано методи порівняльного аналізу.

Зокрема застосовувався t-критерій Стюдента для незалежних вибірок для перевірки відмінностей між середніми значеннями показників у двох групах, та у випадку відхилення розподілу від нормального U-критерій Манна–Уїтні.

Застосування цих методів дозволяє встановити, чи існують статистично значущі відмінності між дорослими з розладами аутистичного спектра та респондентами контрольної групи за показниками якості життя, самооцінки, соціальної підтримки та задоволеності кар'єрою.

Статистична обробка даних здійснювалася з використанням спеціалізованого програмного забезпечення (SPSS / Jamovi / Statistica). Рівень статистичної значущості приймався на рівні $p \leq 0,05$.

Дослідження відповідає етичним стандартам роботи з людьми з особливими потребами. Дотримано принципів добровільності, конфіденційності, інформованої згоди та недопущення психологічної шкоди.

Висновки до Розділу 2

У цьому розділі було визначено організаційні та методичні засади проведення емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Розроблена програма дослідження ґрунтується на теоретичних положеннях сучасних підходів до аналізу якості життя та передбачає комплексне вивчення психологічних і соціальних чинників, що впливають на суб'єктивне благополуччя дорослої людини.

Емпіричне дослідження було організоване відповідно до логічної моделі, у межах якої рівень якості життя розглядається як залежна змінна, а рівень самооцінки, сприйнята соціальна підтримка та задоволеність кар'єрою — як основні фактори, що можуть впливати на її формування. Такий підхід дозволяє здійснити комплексний аналіз взаємозв'язку між особистісними, соціальними та професійними аспектами життєвого благополуччя.

Дослідження проводилося на вибірці дорослих респондентів віком від 18 до 45 років, яка складалася з двох груп: основної (дорослі особи з розладами аутистичного спектра) та контрольної (дорослі особи без аутизму). Наявність контрольної групи забезпечує можливість проведення порівняльного аналізу та дозволяє виявити особливості психологічних і соціальних показників у дорослих осіб з аутизмом у порівнянні з респондентами без цього діагнозу.

Для збору емпіричних даних було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик, які дозволяють дослідити різні аспекти суб'єктивного благополуччя. Зокрема, для оцінювання рівня якості життя застосовано опитувальник WHOQOL-BREF, для вимірювання особистісного чинника — шкалу самооцінки Розенберга (RSES), для оцінки соціального чинника — шкалу сприйнятої соціальної підтримки (MSPSS), а для аналізу професійних аспектів — шкалу задоволеності кар'єрою. Використання

цих інструментів зумовлене їхньою широкою апробацією у психологічних дослідженнях, високими показниками надійності та валідності, а також можливістю оцінювати різні аспекти якості життя та суб'єктивного благополуччя.

Для обробки отриманих результатів було застосовано методи математичної статистики, зокрема описову статистику, кореляційний аналіз та порівняльний аналіз між основною та контрольною групами. Використання зазначених статистичних методів дозволяє визначити наявність взаємозв'язків між досліджуваними змінними, а також встановити можливі відмінності між групами респондентів.

Отже, обрана організація дослідження, структура вибірки та комплекс використаних психодіагностичних методик створюють надійну методичну основу для подальшого аналізу емпіричних даних і дозволяють комплексно дослідити психологічні та соціальні чинники якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Отримані результати будуть проаналізовані та інтерпретовані у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ДОРΟΣЛИХ З РАС

3.1. Інтерпретація описової статистики та перевірка нормальності розподілу

У третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра та факторів, що її визначають. Аналіз здійснювався з використанням статистичних методів обробки даних у програмному середовищі Jamovi.

Результати аналізу внутрішньої узгодженості досліджуваних методик засвідчили достатній та високий рівень надійності використаних психодіагностичних шкал. Для оцінювання внутрішньої узгодженості було використано коефіцієнти α Кронбаха та ω Макдональда.

Зокрема, шкала якості життя продемонструвала високий рівень надійності ($\alpha = 0.863$; $\omega = 0.865$), що свідчить про добру узгодженість пунктів методики та стабільність вимірювання конструкта якості життя. Шкала самооцінки показала прийнятний рівень внутрішньої узгодженості ($\alpha = 0.707$; $\omega = 0.708$). Отримані результати свідчать про достатню надійність методики для використання у межах даного дослідження.

Шкала сприйнятої соціальної підтримки також продемонструвала високий рівень надійності ($\alpha = 0.833$; $\omega = 0.835$), що підтверджує внутрішню узгодженість пунктів та стабільність оцінювання соціальної підтримки. Високі показники надійності були отримані і для шкали кар'єрного благополуччя ($\alpha = 0.843$; $\omega = 0.846$), що свідчить про узгодженість показників професійної реалізації та задоволеності кар'єрою.

Табл.3.1.

Аналіз надійності та узгодженості шкал

	Cronbach's α	McDonald's ω
Якість життя	0.863	0.865
Самооцінка	0.707	0.708
Сприйнята підтримка	0.833	0.835
Кар'єра	0.843	0.846

Загалом отримані результати підтверджують психометричну придатність використаних методик та дозволяють вважати результати дослідження достатньо надійними для подальшого статистичного аналізу.

На першому етапі було проведено **описову статистичну обробку** отриманих даних, що дозволило охарактеризувати основні параметри досліджуваних змінних, зокрема рівень якості життя, самооцінки, соціальної підтримки та професійної задоволеності. Описова статистика дає змогу виявити загальні тенденції розподілу показників у вибірці, а також здійснити попереднє порівняння між основною (особи з РАС) та контрольною групами.

З метою узагальнення емпіричних даних було обчислено середні значення, стандартні відхилення, а також мінімальні та максимальні показники за основними шкалами дослідження. Отримані результати подано у вигляді таблиць та графічних ілюстрацій, що дозволяє більш наочно представити особливості розподілу досліджуваних показників у кожній із груп.

Результати описової статистики свідчать про наявність помітних відмінностей між групою дорослих осіб із РАС та контрольною групою за всіма показниками якості життя.

Зокрема, загальний показник якості життя у групі дорослих осіб із РАС був нижчим ($M = 3.03$; $SD = 0.338$), ніж у контрольній групі ($M = 3.91$; $SD = 0.165$). Аналогічна тенденція спостерігалася і щодо окремих доменів якості життя.

Найбільші відмінності між групами були зафіксовані у фізичному домені: у групі осіб із РАС середній показник становив 2.73 ($SD = 0.489$), тоді як у контрольній групі — 3.88 ($SD = 0.335$). Це може свідчити про нижчий рівень фізичного благополуччя, енергійності та повсякденного функціонування у дорослих осіб із РАС.

У психологічному домені також було виявлено нижчі показники у групі РАС ($M = 3.23$; $SD = 0.544$) порівняно з контрольною групою ($M = 4.00$; $SD = 0.357$), що може відображати особливості емоційного благополуччя, психологічної стабільності та суб'єктивного задоволення життям.

Соціальний домен якості життя також характеризувався нижчими показниками у групі дорослих осіб із РАС ($M = 3.27$; $SD = 0.798$) порівняно з респондентами контрольної групи ($M = 3.77$; $SD = 0.721$). Водночас саме цей домен продемонстрував найбільшу варіативність результатів серед осіб із РАС, що може свідчити про значну індивідуальну неоднорідність соціального функціонування та міжособистісних взаємин.

У середовищному домені також спостерігалися нижчі показники у групі РАС ($M = 3.08$; $SD = 0.544$) порівняно з контрольною групою ($M = 3.94$; $SD = 0.298$), що може свідчити про менш позитивне сприйняття умов життя, безпеки, доступності ресурсів та загального середовища функціонування.

Загалом результати описової статистики свідчать про нижчий рівень суб'єктивного благополуччя та якості життя у дорослих осіб із РАС порівняно з респондентами без РАС. Аналіз стандартних відхилень показує, що у групі РАС варіативність показників є вищою, ніж у контрольній групі. Це свідчить про більшу неоднорідність досвіду якості життя серед осіб із РАС. Таким чином, отримані результати описової статистики демонструють систематично нижчі показники якості життя у всіх досліджуваних доменах у групі осіб із розладами аутистичного спектра порівняно з контрольною групою (див. Табл. 3.2).

Табл.3.2.

Шкала якості життя, описова статистика						
	Діагноз	Середнє	Фізичн. домен	Психол. домен	Соц. домен	Середов.
Середнє	Так	3.03	2.73	3.23	3.27	3.08
	ні	3.91	3.88	4.00	3.77	3.94
Медіанне	Так	3.06	2.71	3.17	3.33	3.06
	ні	3.92	3.93	4.00	3.67	4.00
СВ	Так	0.338	0.489	0.544	0.798	0.544
	ні	0.165	0.335	0.357	0.721	0.298
Мінімум	Так	2.23	1.86	2.17	1.00	1.88
	ні	3.42	3.29	3.17	2.33	3.00
Максимум	Так	3.96	3.86	4.33	4.67	4.38
	ні	4.27	4.71	4.67	5.00	4.50

У подальшому процесі аналізу описових статистичних показників було здійснено порівняння рівня самооцінки, соціальної підтримки та професійної задоволеності між особами з розладами аутистичного спектра та контрольною групою.

Зокрема, середній рівень самооцінки в обох групах був відносно близьким: у групі дорослих осіб із РАС середній показник становив 2.96 (SD = 0.491), тоді як у контрольній групі — 2.98 (SD = 0.311). Це може свідчити про відсутність суттєвих відмінностей у загальному рівні самосприйняття між досліджуваними групами.

Водночас показники сприйнятої соціальної підтримки були нижчими у групі осіб із РАС (M = 4.55; SD = 1.17) порівняно з контрольною групою (M = 4.96; SD = 0.325). Крім того, у групі РАС спостерігалася значно більша варіативність результатів, що може свідчити про неоднорідність досвіду соціальної підтримки серед респондентів.

Найбільш виражені відмінності спостерігаються у показниках професійної задоволеності. Загальний показник у групі РАС становив M = 2,66 (SD = 0,79), тоді як у контрольній групі – M = 3,89 (SD = 0,27). Аналогічна тенденція зберігається і для суб'єктивної складової (M = 2,66 проти 3,89) та об'єктивної складової (M = 2,52 проти 3,96).

Табл.3.3.

Самооцінка, сприйнята підтримка та кар'єра, описова статистика

	Діагноз	Самооцінка	Сприйнята підтримка	Кар'єра	Кар'єра суб'єктивне сприйняття	Кар'єра об'єктивне сприйняття
Середнє	так	2.96	4.55	2.66	2.66	2.52
	ні	2.98	4.96	3.89	3.89	3.96
Медіанне	так	2.90	4.29	2.88	2.88	2.67
	ні	3.00	4.92	3.88	3.88	4.00
СВ	так	0.491	1.17	0.791	0.791	0.975
	ні	0.311	0.325	0.271	0.271	0.502
Мінімум	так	2.00	1.83	1.00	1.00	1.00

	Діагноз	Самооцінка	Сприйнята підтримка	Кар'єра	Кар'єра суб'єктивне сприйняття	Кар'єра об'єктивне сприйняття
	ні	2.20	4.42	3.13	3.13	3.00
Максимум	так	3.90	6.83	4.13	4.13	4.67
	ні	3.70	5.67	4.38	4.38	5.00

Таким чином, у групі осіб із розладами аутистичного спектра спостерігається нижчий рівень соціальної підтримки та професійної задоволеності, а також більша варіативність показників, тоді як рівень самооцінки демонструє іншу тенденцію і потребує подальшого статистичного аналізу для уточнення відмінностей.

Перевірка нормальності розподілу

З метою перевірки відповідності розподілу досліджуваних змінних нормальному закону було застосовано критерій Шапіро–Уїлка.

Перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка показала, що більшість показників не мали статистично значущих відхилень від нормального розподілу ($p > .05$). Водночас для **психологічного домену** якості життя у групі дорослих осіб із РАС було виявлено статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($W = 0.939$; $p = 0.031$). Крім того, частина показників продемонструвала граничні значення нормальності розподілу.

Таблиця 3.4.

Перевірка нормальності розподілу, шкала якості життя

	Діагноз	Якість життя серед.	Якість життя фізич. Домен	Якість життя психол. домен	Якість життя соц. домен	Якість життя середов.
Шапіро-Уїлк W	так	0.965	0.963	0.939	0.949	0.988
	ні	0.961	0.966	0.965	0.951	0.945
Шапіро-Уїлк p	так	0.247	0.208	0.031	0.068	0.946
	ні	0.182	0.262	0.239	0.084	0.053

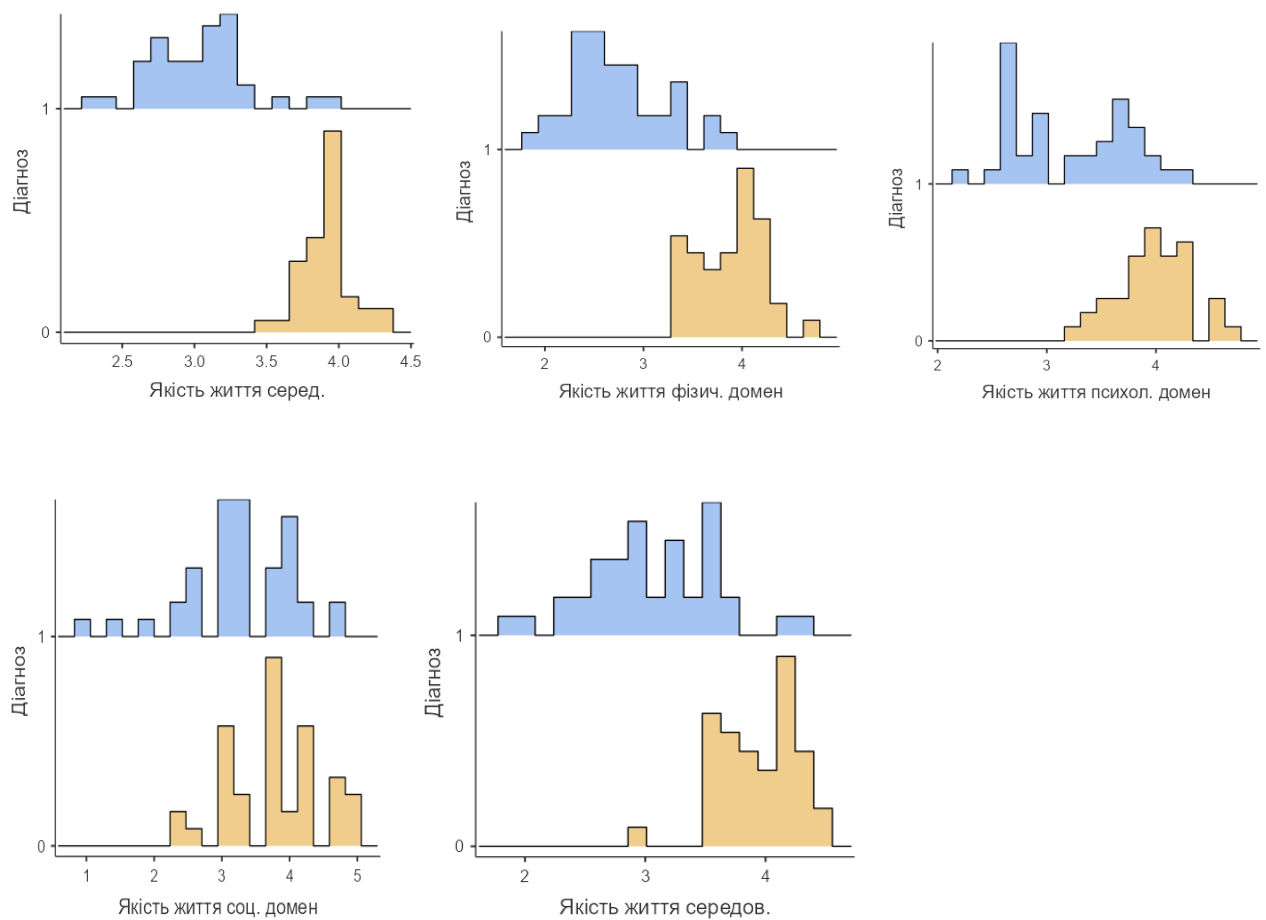


Рис.3.1. Нормальність розподілу за шкалою “Якість життя”

Також видно, що більшість змінних за рештою шкал у групі дорослих осіб із РАС та контрольній групі не мали статистично значущих відхилень від нормального розподілу ($p > .05$). Зокрема, нормальному розподілу відповідали показники самооцінки, сприйнятої соціальної підтримки, загального кар'єрного благополуччя та його суб'єктивного компонента в обох досліджуваних групах.

Водночас для показника об'єктивного кар'єрного благополуччя у контрольній групі було виявлено статистично значуще відхилення від нормального розподілу ($W = 0.939$; $p = 0.032$). Крім того, частина показників продемонструвала граничні значення нормальності, що може свідчити про певну неоднорідність розподілу даних у вибірці.

Таблиця 3.5.

Перевірка нормальності розподілу, решта шкал

	Діагноз	Самооцінка	Сприйнята підтримка	Кар'єра середнє	Кар'єра суб'єкт.	Кар'єра об'єktiv.
Шапіро-Уїлк W	1 0	0.971 0.977	0.977 0.962	0.959 0.950	0.959 0.950	0.956 0.939
Шапіро-Уїлк p	1 0	0.389 0.584	0.573 0.203	0.159 0.078	0.159 0.078	0.122 0.032

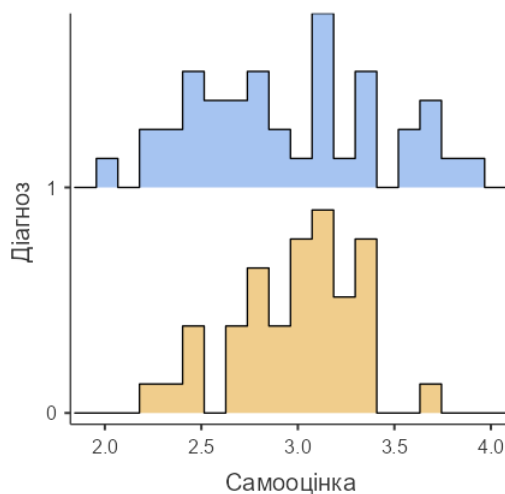


Рис.3.2. Нормальність розподілу за шкалою “Самооцінка”

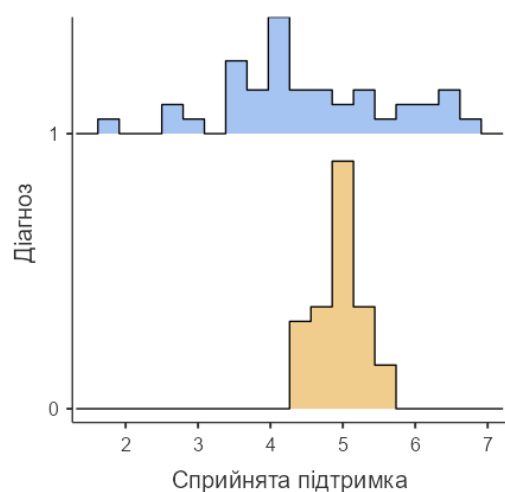


Рис.3.3. Нормальність розподілу за шкалою “Сприйнята підтримка”

Найбільш виражені відхилення від нормальності спостерігаються для показників професійної задоволеності (загального, суб'єктивного та об'єктивного компонентів), де рівень значущості є меншим за 0,001 ($p < 0,001$), що вказує на істотну асиметрію розподілу. Крім того, частина показників продемонструвала граничні значення нормальності, що може свідчити про певну неоднорідність розподілу даних у вибірці.

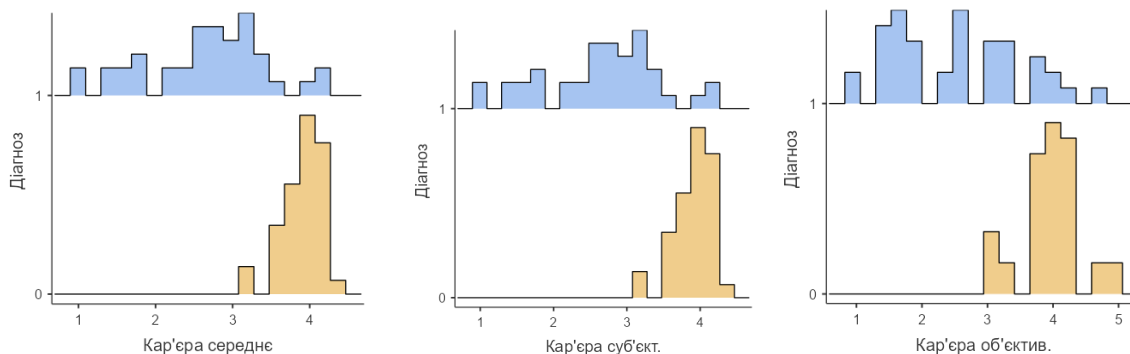


Рис.3.4. Нормальність розподілу за шкалою “Кар’єра”

Таким чином, отримані результати свідчать про неоднорідність розподілу досліджуваних змінних: частина показників відповідає нормальному розподілу, тоді як інші мають відхилення від нього. У зв’язку з цим для подальшого аналізу міжгрупових відмінностей та взаємозв’язків між показниками використовувалися непараметричні статистичні методи, зокрема критерій Манна–Уїтні та коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Отримані результати описової статистики дозволяють виявити певні відмінності у рівні досліджуваних показників між особами з розладами аутистичного спектра та контрольною групою. Зокрема, спостерігається тенденція до нижчих значень якості життя, соціальної підтримки та професійної задоволеності у групі осіб із РАС.

Разом із тим, для підтвердження статистичної значущості виявлених відмінностей необхідним є застосування методів порівняльного аналізу. З цією метою було проведено аналіз відмінностей між групами за допомогою відповідних статистичних критеріїв.

3.2 Порівняння рівня якості життя у групах

Для частини показників було виявлено порушення припущення про рівність дисперсій (за результатами тесту Левена), а вище було показано, що

частига вибірка не є нормальною за розподілом. Також з урахуванням часткового відхилення від нормального розподілу було застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні.

Результати непараметричного критерію Манна–Уїтні показали наявність статистично значущих відмінностей між групою дорослих осіб із РАС та контрольною групою за всіма показниками якості життя.

Зокрема, було встановлено статистично значущі відмінності за загальним показником якості життя ($U = 40.0$; $p < .001$). Отриманий ефект виявився дуже сильним ($\text{rank biserial correlation} = 0.950$), що свідчить про суттєво нижчий рівень суб'єктивного благополуччя у групі дорослих осіб із РАС порівняно з контрольною групою.

Найбільш виражені відмінності були зафіксовані у фізичному домені якості життя ($U = 55.5$; $p < .001$; $\text{rrb} = 0.931$). Це може свідчити про нижчий рівень фізичного благополуччя, енергійності та повсякденного функціонування у дорослих осіб із РАС.

Статистично значущі відмінності також були виявлені щодо психологічного домену якості життя ($U = 208.0$; $p < .001$; $\text{rrb} = 0.740$), що вказує на особливості емоційного стану, психологічної стабільності та суб'єктивного задоволення життям у досліджуваній групі.

За соціальним доменом якості життя також було встановлено статистично значущі відмінності між групами ($U = 534.0$; $p = 0.010$), однак сила ефекту виявилася помірною ($\text{rrb} = 0.333$). Це може свідчити про меншу вираженість соціальних відмінностей порівняно з іншими аспектами якості життя.

Крім того, статистично значущі відмінності були виявлені за середовищним доменом якості життя ($U = 123.0$; $p < .001$; $\text{rrb} = 0.846$). Отримані результати свідчать про менш позитивне сприйняття умов життя, безпеки, доступності ресурсів та середовища функціонування у дорослих осіб із РАС.

Загалом результати аналізу підтверджують наявність суттєвих відмінностей між досліджуваними групами за показниками якості життя, причому найбільш виражені відмінності стосуються фізичного, психологічного та середовищного компонентів благополуччя.

Табл.3.6.

Порівняльний аналіз (t-критерій Манна-Уїтні) за шкалою “Якість життя”

						95% ДІ	
						Нижчий	Вищий
	Стат.	p	Різниця середніх	Розмір ефекту			
Якість життя серед.	40.0	<.001	-0.885	0.950		-1.000	-0.769
Якість життя фізич. домен	55.5	<.001	-1.143	0.931		-1.428	1.000
Якість життя психол. домен	208.0	<.001	-0.833	0.740		-1.000	-0.500
Якість життя соц. Домен	534.0	0.010	-0.333	0.333		-0.667	2.49e-5
Якість життя середов.	123.0	<.001	-0.875	0.846		-1.125	-0.625

Note. $H_a: \mu_1 \neq \mu_0$

Результати непараметричного критерію Манна–Уїтні показали, що статистично значущі відмінності між групою дорослих осіб із РАС та контрольною групою були виявлені не за всіма досліджуваними показниками.

Зокрема, за показником самооцінки статистично значущих відмінностей між групами встановлено не було ($U = 747.0$; $p = 0.612$). Розмір ефекту також виявився дуже слабким (rank biserial correlation = 0.066), що свідчить про практичну відсутність міжгрупових відмінностей у рівні самооцінки.

Водночас було виявлено статистично значущі відмінності за показником сприйнятої соціальної підтримки ($U = 547.5$; $p = 0.015$). Сила ефекту виявилася

помірною ($r_{rb} = 0.316$), що може свідчити про нижчий рівень суб'єктивно сприйнятої підтримки у групі дорослих осіб із РАС.

Найбільш виражені відмінності між групами були встановлені щодо показників кар'єрного благополуччя. За загальним показником кар'єри було отримано статистично значущі результати ($U = 97.0$; $p < .001$), при цьому сила ефекту була дуже високою ($r_{rb} = 0.879$). Аналогічні результати були отримані і щодо суб'єктивного компонента кар'єри ($U = 97.0$; $p < .001$; $r_{rb} = 0.879$), та щодо об'єктивного кар'єрного благополуччя ($U = 168.5$; $p < .001$). Сила ефекту залишалася високою ($r_{rb} = 0.789$), що свідчить про суттєві міжгрупові відмінності у професійній реалізації та умовах професійного функціонування.

Загалом результати аналізу свідчать про те, що найбільш виражені відмінності між дорослими особами із РАС та контрольною групою стосуються саме професійного благополуччя та рівня соціальної підтримки, тоді як рівень самооцінки у межах даної вибірки суттєво не відрізнявся.

Табл.3.7.

Порівняльний аналіз (t-критерій Манна-Уїтні) за рештою шкал

	Стат.	p	Різниця середніх	Розмір ефекту	95% ДІ	
					Нижчий	Вищий
Самооцінка	747.0	0.612	-7.59e-5	0.0663	-0.300	0.100
Сприйнята підтримка	547.5	0.015	-0.583	0.3156	-0.833	- 0.167
Кар'єра середнє	97.0	<.001	-1.125	0.8788	-1.375	- 0.875
Кар'єра суб'єкт.	97.0	<.001	-1.125	0.8788	-1.375	- 0.875
Кар'єра об'єктив.	168.5	<.001	-1.333	0.7894	-2.000	- 1.000

Note. $H_a \mu_1 \neq \mu_0$

Таким чином, результати аналізу підтверджують наявність значущих психологічних та соціально-професійних відмінностей між дорослими особами з РАС та респондентами без РАС.

3.3 Аналіз взаємозв'язків між якістю життя та психологічними і соціально-економічними чинниками

Обґрунтування вибору коефіцієнта кореляції

З метою аналізу взаємозв'язків між досліджуваними змінними було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. Такий вибір зумовлений тим, що результати перевірки нормальності розподілу (за критерієм Шапіро–Уїлка) показали наявність відхилень від нормального закону для частини змінних.

Коефіцієнт Спірмена не вимагає дотримання припущення нормальності розподілу та є більш стійким до впливу викидів і асиметрії даних, що робить його доцільним для аналізу даних, отриманих за шкалами типу Лайкерта.

Таким чином, використання рангової кореляції Спірмена забезпечує більш коректну оцінку взаємозв'язків між показниками якості життя та досліджуваними психологічними і соціально-економічними чинниками у межах даного дослідження.

Результати кореляційного аналізу показали наявність статистично значущих взаємозв'язків між показниками якості життя, сприйнятої соціальної підтримки та кар'єрного благополуччя.

Зокрема, між загальним показником якості життя та самооцінкою не було виявлено статистично значущого зв'язку ($r = 0.158$; $p = 0.163$). Отриманий результат свідчить про відсутність прямого взаємозв'язку між рівнем самосприйняття та суб'єктивною оцінкою якості життя у межах досліджуваної вибірки.

Водночас було встановлено помірний позитивний статистично значущий зв'язок між якістю життя та рівнем сприйнятої соціальної підтримки ($r = 0.400$; $p < .001$). Це свідчить про те, що вищий рівень підтримки з боку соціального оточення асоціюється з кращим суб'єктивним сприйняттям якості життя.

Найбільш виражений позитивний зв'язок було виявлено між загальним показником якості життя та кар'єрним благополуччям ($r = 0.762$; $p < .001$). Отримані результати свідчать про важливу роль професійної реалізації та задоволеності кар'єрою у формуванні загального психологічного благополуччя дорослих осіб.

Крім того, між сприйнятою соціальною підтримкою та самооцінкою було встановлено слабкий позитивний статистично значущий зв'язок ($r = 0.262$; $p = 0.019$), що може свідчити про позитивний вплив підтримувального соціального середовища на самосприйняття респондентів.

Також було виявлено помірний позитивний статистично значущий зв'язок між рівнем соціальної підтримки та кар'єрним благополуччям ($r = 0.341$; $p = 0.002$), що підкреслює значення соціального оточення для професійної адаптації та задоволеності професійною діяльністю.

Табл.3.8.

Кореляційна матриця на базі середніх значень шкал

		Якість життя серед.	Самооцінка	Сприйнята підтримка	Кар'єра середнє
Якість життя серед.	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
Самооцінка	Pearson's r	0.158	—		
	df	78	—		
	p-value	0.163	—		
Сприйнята підтримка	Pearson's r	0.400	0.262	—	
	df	78	78	—	
	p-value	<.001	0.019	—	
Кар'єра середнє	Pearson's r	0.762	-0.148	0.341	—
	df	78	78	78	—
	p-value	<.001	0.191	0.002	—

Деталізація кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена не виявила статистично значущого зв'язку між психологічним доменом якості життя та рівнем самооцінки ($\rho = -0.177$; $p = 0.117$). Отримані результати свідчать про відсутність прямого взаємозв'язку між психологічним благополуччям та самосприйняттям у межах досліджуваної вибірки.

Водночас слабкий негативний напрямок зв'язку може вказувати на складніший та опосередкований характер взаємодії цих показників, який може залежати від інших соціальних, емоційних або професійних чинників.

Табл.3.9.

Кореляційна матриця психологічний домен якості життя та самооцінка

		Якість життя психол. домен	Самооцінка
Якість життя психол. домен	Spearman's rho	—	
	df	—	
	p-value	—	
Самооцінка	Spearman's rho	-0.177	—
	df	78	—
	p-value	0.177	—

Результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена також виявили помірний позитивний статистично значущий зв'язок між показником соціального домену якості життя та рівнем сприйнятої соціальної підтримки ($\rho = 0.363$; $p < .001$). Отримані результати свідчать про те, що вищий рівень соціальної підтримки асоціюється з кращим суб'єктивним сприйняттям соціального благополуччя та якості міжособистісних взаємин у досліджуваній вибірці. Це підтверджує важливу роль підтримки з боку соціального оточення у формуванні соціального компонента якості життя дорослих осіб.

Табл.3.10.

Кореляційна матриця: соціальний домен якості життя та сприйнята підтримка

		Якість життя соц. домен	Сприйнята підтримка
Якість життя соц. домен	Spearman's rho	—	
	df	—	
	p-value	—	
Сприйнята підтримка	Spearman's rho	0.363	—
	df	78	—
	p-value	<.001	—

Результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена показали наявність статистично значущих взаємозв'язків між середовищним та соціальним доменами якості життя, а також показником кар'єрного благополуччя.

Зокрема, між середовищним та соціальним доменами якості життя було виявлено слабкий позитивний статистично значущий зв'язок ($\rho = 0.281$; $p = 0.012$). Отримані результати свідчать про те, що більш позитивне сприйняття соціальних взаємин пов'язане з кращою оцінкою умов середовища, безпеки та доступності ресурсів.

Крім того, було встановлено сильний позитивний статистично значущий зв'язок між середовищним доменом якості життя та кар'єрним благополуччям ($\rho = 0.636$; $p < .001$). Це свідчить про те, що вищий рівень професійної реалізації та задоволеності кар'єрою асоціюється з більш позитивним сприйняттям навколишнього середовища, умов життя та можливостей самореалізації.

Також між соціальним доменом якості життя та кар'єрним благополуччям виявлено помірний позитивний статистично значущий зв'язок ($\rho = 0.396$; $p < .001$), що може свідчити про важливу роль професійної діяльності у підтриманні соціальної активності та міжособистісного благополуччя дорослих осіб.

Табл.3.11.

Кореляційна матриця: соціальний домен якості життя, середовище та кар'єра

		Якість життя середов.	Якість життя соц. домен	Кар'єра середнє
Якість життя середов.	Spearman's rho	—		
	df	—		
	p-value	—		
Якість життя соц. домен	Spearman's rho	0.281	—	
	df	78	—	
	p-value	0.012	—	
Кар'єра середнє	Spearman's rho	0.636	0.396	—
	df	78	78	—
	p-value	<.001	<.001	—

Таким чином, отримані результати демонструють, що якість життя дорослих осіб значною мірою пов'язана з соціальними та професійними чинниками, тоді як зв'язок із самооцінкою має складніший характер і може бути зумовлений специфікою досліджуваної вибірки.

Отже, більш детальний кореляційний аналіз показав, що показники якості життя дорослих осіб тісно пов'язані із соціальною підтримкою та професійним благополуччям. Найбільш виражені позитивні взаємозв'язки були виявлені між

загальним показником якості життя та кар'єрним благополуччям, а також між середовищним доменом якості життя та професійною реалізацією. Це свідчить про важливу роль професійної стабільності, задоволеності кар'єрою та соціальної інтеграції у формуванні суб'єктивного благополуччя дорослих осіб.

Водночас рівень сприйнятої соціальної підтримки виявився позитивно пов'язаним як із загальною якістю життя, так і з її соціальним доменом, що підкреслює значення підтримувального соціального середовища для психологічного та соціального функціонування респондентів.

Разом із цим не було виявлено статистично значущого зв'язку між психологічним доменом якості життя та самооцінкою, що може свідчити про більш складний та опосередкований характер взаємодії цих показників. Отримані результати загалом підтверджують важливу роль соціальних та професійних чинників у структурі якості життя дорослих осіб із РАС.

Результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом Спірмена не виявили статистично значущого зв'язку між загальним показником кар'єрного благополуччя та досвідом роботи ($\rho = 0.119$; $p = 0.292$). Вибірку було розділено на дві групи: досвід роботи до 40 років та більше 40 років. Отриманий результат свідчить про відсутність прямого взаємозв'язку між тривалістю професійного досвіду та рівнем задоволеності кар'єрою у межах досліджуваної вибірки.

Водночас слабкий позитивний напрямок зв'язку може свідчити про тенденцію до незначного підвищення професійного благополуччя зі збільшенням досвіду роботи, однак отримані результати не досягли рівня статистичної значущості. Це дозволяє припустити, що для дорослих осіб важливішими чинниками професійного благополуччя можуть бути не тривалість трудового стажу, а якість професійного середовища, соціальна підтримка та суб'єктивне сприйняття професійної реалізації.

Табл.3.12.

Кореляційна матриця: досвід роботи та кар'єра

		Кар'єра середнє	Досвід роботи
Кар'єра середнє	Spearman's rho	—	
	df	—	
	p-value	—	
Досвід роботи	Spearman's rho	0.119	—
	df	78	—
	p-value	0.292	—

Результати кореляційного аналізу також не виявили статистично значущих взаємозв'язків між віковою групою респондентів та основними психологічними показниками дослідження. Зокрема, не було встановлено значущого зв'язку між віковою групою та загальним показником якості життя ($r = 0.015$; $p = 0.898$), самооцінкою ($r = 0.089$; $p = 0.435$), а також кар'єрним благополуччям ($r = -0.047$; $p = 0.677$). Також не було виявлено статистично значущого зв'язку між віковою групою та рівнем сприйнятої соціальної підтримки ($r = -0.204$; $p = 0.070$), хоча отриманий результат демонструє тенденцію до слабого негативного взаємозв'язку.

Крім того, отримані результати свідчать про те, що у межах даної вибірки належність до вікової групи (до 40 років або після 40 років) не мала суттєвого впливу на показники психологічного благополуччя, соціальної підтримки, професійної реалізації та загальної якості життя.

Результати кореляційного аналізу не виявили статистично значущих взаємозв'язків між статтю респондентів та основними психологічними показниками дослідження. Отримані результати свідчать про те, що у межах

даної вибірки стать не мала суттєвого впливу на показники психологічного благополуччя, соціальної підтримки, професійної реалізації та загальної якості життя. Це дозволяє припустити, що виявлені психологічні та професійні особливості більшою мірою пов'язані із специфікою досліджуваних груп, ніж із гендерними відмінностями.

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу, можна стверджувати, що ключовими чинниками якості життя дорослих осіб є професійне благополуччя та рівень соціальної підтримки. Найбільш виражені позитивні взаємозв'язки були виявлені між загальним показником якості життя та кар'єрним благополуччям, а також між кар'єрним благополуччям і середовищним та соціальним доменами якості життя. Це свідчить про важливу роль професійної реалізації у формуванні суб'єктивного благополуччя дорослих осіб.

Також було встановлено позитивні зв'язки між рівнем сприйнятої соціальної підтримки та показниками якості життя, що підтверджує значення підтримувального соціального середовища для психологічного та соціального функціонування респондентів.

Водночас статистично значущих зв'язків між віком, статтю або досвідом роботи та основними психологічними показниками виявлено не було. Крім того, не було встановлено значущого взаємозв'язку між психологічним доменом якості життя та самооцінкою. Отримані результати свідчать про те, що у межах даної вибірки якість життя більшою мірою визначається соціально-професійними чинниками, ніж демографічними характеристиками або тривалістю професійного досвіду.

3.4 Регресійний аналіз

З метою визначення внеску психологічних та соціально-економічних чинників у формування якості життя було проведено множинний лінійний регресійний аналіз.

Результати множинного регресійного аналізу показали високий рівень відповідності моделі емпіричним даним ($R = 0.908$). Отримане значення коефіцієнта детермінації ($R^2 = 0.825$) свідчить про те, що модель пояснює 82.5% варіативності загального показника якості життя.

Таким чином, включені до моделі предиктори — самооцінка, сприйнята соціальна підтримка, кар'єрне благополуччя, діагноз, вік та стать — мають високий сумарний внесок у прогнозування суб'єктивного благополуччя респондентів.

Результати множинного регресійного аналізу показали, що статистично значущими предикторами загального показника якості життя є самооцінка ($\beta = 0.184$; $p = 0.010$), рівень сприйнятої соціальної підтримки ($\beta = 0.073$; $p = 0.037$), кар'єрне благополуччя ($\beta = 0.186$; $p < .001$) та належність до групи ($\beta = 0.621$; $p < .001$). Отримані результати свідчать про те, що вищий рівень самооцінки, соціальної підтримки та професійного благополуччя асоціюється з вищою якістю життя.

Найбільш виражений внесок у модель мав показник належності до групи, що свідчить про суттєвий вплив наявності РАС на суб'єктивне благополуччя респондентів. Водночас стать та вікова група не продемонстрували статистично значущого внеску у прогнозування якості життя.

Таблиця 3.13.

Регресійна модель дослідження

Model Coefficients - Якість життя серед.

Predictor	Estimate	SE	T	p
Intercept ^a	1.6425	0.2572	6.386	<.001
Самооцінка	0.1840	0.0699	2.634	0.010
Сприйнята підтримка	0.0728	0.0343	2.123	0.037
Кар'єра середнє	0.1857	0.0476	3.899	<.001
Діагноз :				
0 – 1	0.6206	0.0753	8.238	<.001
Вікова група:				
2 – 1	0.0383	0.0592	0.647	0.520
Стать:				
2 – 1	0.0127	0.0524	0.243	0.809

Перевірка мультиколінеарності показала відсутність критичних взаємозв'язків між предикторами. Значення VIF для всіх змінних не перевищували допустимого рівня, а показники tolerance залишалися в межах нормативних значень. Отже, включені до моделі предиктори не демонстрували критичної мультиколінеарності, що підтверджує статистичну коректність побудованої регресійної моделі.

Таблиця 3.14

Колінеарність		
	VIF	Tolerance
Самооцінка	1.28	0.784
Сприйнята підтримка	1.41	0.709
Кар'єра середнє	2.57	0.389
Діагноз	2.25	0.445
Вікова група	1.13	0.881
Стать	1.06	0.941

Отримані результати емпіричного дослідження загалом узгоджуються із сучасними зарубіжними та частково вітчизняними науковими уявленнями щодо особливостей якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра. Проведений аналіз підтвердив, що дорослі особи із РАС стикаються не лише з труднощами соціальної взаємодії, але й із комплексом психологічних, професійних та середовищних чинників, які впливають на рівень їхнього суб'єктивного благополуччя.

У межах даного дослідження було встановлено статистично значуще нижчі показники загальної якості життя у групі дорослих осіб із РАС порівняно з контрольною групою. Найбільш виражені міжгрупові відмінності були виявлені у фізичному, психологічному та середовищному доменах якості життя. Отримані результати узгоджуються з дослідженням Емілі Кейдж, Марії Де Андрес та Пола Махоні «Understanding the factors that affect the quality of life of autistic people» (2018), у якому автори також дійшли висновку, що дорослі особи із РАС мають нижчі показники суб'єктивного благополуччя та якості життя порівняно із загальною популяцією. Дослідники наголошують, що на якість

життя значною мірою впливають рівень соціального прийняття, психологічний стрес, сенсорне перевантаження та доступність підтримувального середовища.

Подібні результати були отримані і в дослідженні Девіда Мейсона та співавторів «Predictors of quality of life for autistic adults» (2018), у якому було встановлено, що ключовими предикторами якості життя дорослих осіб із РАС є психічне здоров'я, соціальна підтримка, рівень автономності та професійна реалізація. Автори зазначають, що навіть за відносно високого рівня інтелектуального функціонування дорослі особи із РАС можуть демонструвати нижчі показники психологічного благополуччя та соціальної задоволеності через труднощі соціальної інтеграції та високий рівень повсякденного стресу. Отримані у межах даного дослідження результати підтверджують ці висновки, оскільки дорослі особи із РАС продемонстрували нижчі показники не лише загальної якості життя, але й окремих її компонентів.

Особливий інтерес становлять результати щодо фізичного домену якості життя, де були виявлені найбільш виражені міжгрупові відмінності. Подібні тенденції описуються у низці зарубіжних праць, де зазначається, що дорослі особи із РАС часто стикаються з підвищеним рівнем виснаження, сенсорного перевантаження, труднощами відпочинку та порушеннями регуляції повсякденного функціонування. У роботі Юн-Лін Чен та співавторів «Interpersonal relationships and social functioning in autistic adults» (2022) також наголошується, що постійна необхідність адаптації до соціального середовища може супроводжуватися хронічним емоційним і фізичним виснаженням, що негативно впливає на загальний рівень благополуччя.

Результати дослідження показали статистично значущі відмінності між групами за показниками професійного благополуччя. Найбільш виражені міжгрупові відмінності були зафіксовані саме щодо загального показника кар'єри, а також її суб'єктивного та об'єктивного компонентів. Ці результати

повністю узгоджуються з висновками Дебори Хендрікс «Employment and adults with autism spectrum disorders: Challenges and strategies for success» (2010), у яких зазначається, що дорослі особи із РАС часто стикаються з труднощами працевлаштування, професійної адаптації та підтримання стабільної зайнятості. Авторка підкреслює, що основними бар'єрами є не лише труднощі соціальної комунікації, але й сенсорне перевантаження, неврахування індивідуальних особливостей працівників та недостатньо адаптоване робоче середовище.

Аналогічні результати були отримані у роботах Донни Ніколас, Мішель Аттрідж, Лоні Звайгенбаум та Мішель Кларк «Vocational support approaches in autism spectrum disorder: A synthesis review of the literature» (2015) та Майкла Скотта, Марії Фалькмер, Соні Гірлдер і Торбйорна Фалькмера «Viewpoints on factors for successful employment for adults with autism spectrum disorder» (2015). Автори наголошують, що професійне благополуччя дорослих осіб із РАС значною мірою залежить від наявності підтриманого працевлаштування, структурованого робочого середовища, зрозумілої комунікації та підтримки з боку колективу. У межах даного дослідження також було встановлено, що кар'єрне благополуччя є одним із найсильніших предикторів загальної якості життя, що підтверджує важливість професійної реалізації для психологічного функціонування дорослих осіб із РАС.

Результати кореляційного аналізу продемонстрували наявність позитивного статистично значущого зв'язку між рівнем сприйнятої соціальної підтримки та якістю життя. Подібні результати узгоджуються з висновками систематичного огляду Майкла Тобіна та співавторів «A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorder» (2014), у якому зазначається, що соціальна ізоляція та недостатність підтримувальних міжособистісних зв'язків є одними з ключових чинників зниження психологічного благополуччя дорослих осіб із РАС. Автори підкреслюють, що

якість соціальних контактів часто є важливішою за їхню кількість, а наявність безпечного підтримувального середовища позитивно впливає на рівень суб'єктивного благополуччя.

Важливість соціального прийняття та позитивної аутичної ідентичності також підкреслюється у роботі Кеті Купер, Лаури Дж. Е. Сміт та Алекса Рассела «Social identity, self-esteem, and mental health in autism» (2017). Автори встановили, що позитивне прийняття власної аутичної ідентичності пов'язане з вищою самооцінкою та нижчим рівнем психологічного дистресу. У межах даного дослідження також було підтверджено важливість соціальної підтримки як одного із предикторів якості життя.

Водночас результати щодо самооцінки виявилися менш однозначними. У даному дослідженні не було виявлено стабільного значущого зв'язку між самооцінкою та психологічним доменом якості життя, а у регресійній моделі самооцінка не виступила найсильнішим предиктором благополуччя. Частково це суперечить класичним психологічним моделям, у яких самооцінка традиційно розглядається як важливий компонент суб'єктивного благополуччя. Зокрема, Морріс Розенберг у праці «Society and the Adolescent Self-Image» (1965) розглядав самооцінку як загальне позитивне або негативне ставлення людини до самої себе, що тісно пов'язане із психологічною адаптацією та психічним благополуччям. Подібні висновки також представлені у роботі Кеті Купер та співавторів «Social identity, self-esteem, and mental health in autism» (2017), де автори підкреслюють зв'язок між позитивною аутичною ідентичністю, самооцінкою та психічним здоров'ям.

Результати даного дослідження можуть свідчити про більш складний та опосередкований характер взаємозв'язку між самооцінкою та благополуччям у дорослих осіб із РАС. Можливо, у цій категорії осіб якість життя більшою мірою

визначається не внутрішнім самосприйняттям, а рівнем соціального прийняття, доступністю підтримки, професійною адаптацією та безпечністю середовища.

Подібна тенденція простежується і в сучасних дискусіях щодо необхідності адаптації традиційних моделей якості життя до потреб аутичної спільноти. У роботах Гелен МакКоначі та співавторів «What Is Important in Measuring Quality of Life? Reflections by Autistic Adults in Four Countries» (2020) та «Enhancing the Validity of a Quality of Life Measure for Autistic People» (2018) підкреслюється, що традиційні інструменти оцінки якості життя не завжди повністю відображають суб'єктивний досвід аутичних осіб. Автори зазначають, що для аутичних людей важливими компонентами благополуччя можуть бути сенсорний комфорт, передбачуваність середовища, рівень прийняття з боку соціального оточення та можливість залишатися автентичними без необхідності постійного соціального маскуванню.

Подібні ідеї розвиваються і в сучасних працях, присвячених концепції нейрорізноманіття. Зокрема, Нік Вокер у книзі «Neurodiversity as Politics: Thought in Disability Studies» (2021) критикує традиційні нейротипові уявлення про «нормальне функціонування» та наголошує на необхідності розглядати аутизм не лише як дефіцит, а як один із варіантів нейрорізноманіття. Автор підкреслює важливість автономії, сенсорної безпеки, права на індивідуальні особливості та прийняття аутичної ідентичності як важливих складових благополуччя.

Схожі підходи представлені і в роботі Мелані Єржо «Authoring Autism: On Rhetoric and Neurological Queerness» (2018), у якій авторка аналізує соціальні механізми стигматизації аутичних людей та підкреслює негативний вплив постійної необхідності соціального маскуванню на психічне здоров'я та суб'єктивне благополуччя.

Окремої уваги заслуговують результати, пов'язані з роллю соціального середовища та досвідом стигматизації. У дослідженні Девіда Грея «Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed»: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning autism» (2002) наголошується, що соціальна стигматизація, нерозуміння з боку оточення та необхідність постійного соціального маскуванню можуть негативно впливати на психічне благополуччя осіб із РАС та їхніх родин. Подібні аспекти частково відображені і в результатах даного дослідження, оскільки респонденти з РАС повідомляли про труднощі, пов'язані з великими колективами, сенсорним навантаженням, необхідністю постійної соціальної взаємодії та високим рівнем психологічного виснаження у професійному середовищі.

Отримані результати також узгоджуються з висновками Пола Вемана та співавторів «Competitive employment for youth with autism spectrum disorders: Early results from a randomized clinical trial» (2014), у яких було показано, що індивідуалізований професійний супровід та підтримане працевлаштування можуть суттєво покращувати рівень професійної адаптації та психологічного благополуччя осіб із РАС. Автори наголошують, що адаптоване робоче середовище та підтримка з боку роботодавців є важливими умовами успішної професійної реалізації.

Водночас результати даного дослідження не підтвердили статистично значущого впливу віку та статі на показники якості життя. Це частково суперечить окремим зарубіжним дослідженням, у яких повідомлялося про певні гендерні відмінності у рівні психологічного благополуччя та соціальної адаптації дорослих осіб із РАС. Зокрема, у дослідженні Девіда Мейсона та співавторів «Predictors of quality of life for autistic adults» (2018) зазначалося, що окремі демографічні чинники, включаючи вік та стать, можуть бути пов'язані з особливостями суб'єктивного благополуччя та психічного здоров'я аутичних

дорослих. Подібні висновки також представлені у роботі Лори Галл та співавторів «Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults» (2020), де повідомлялося про гендерні відмінності у стратегіях соціального маскуванню, рівні психологічного виснаження та особливостях соціальної адаптації. Можливо, такі розбіжності пов'язані з особливостями вибірки, її обсягом, культурними відмінностями або специфікою соціального контексту дослідження.

Загалом результати проведеного дослідження підтверджують сучасні наукові уявлення про складний та багатфакторний характер якості життя дорослих осіб із РАС. Отримані дані свідчать про важливу роль професійного благополуччя, соціальної підтримки та психологічної адаптації у структурі суб'єктивного благополуччя дорослих осіб із РАС. Водночас окремі результати, зокрема щодо самооцінки, віку та статі, вказують на необхідність подальших досліджень взаємозв'язку між психологічними, соціальними та професійними чинниками у цій категорії осіб.

3.5. Практичні рекомендації щодо підвищення якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра

Отримані результати дослідження засвідчили, що якість життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра значною мірою пов'язана із рівнем професійного благополуччя, сприйнятої соціальної підтримки та особливостями психологічної адаптації. Найбільш виражені відмінності між групою дорослих осіб із РАС та контрольною групою були виявлені саме у сфері професійної реалізації, задоволеності кар'єрою та окремих компонентів якості життя. Водночас результати регресійного аналізу підтвердили, що важливими предикторами якості життя є не лише наявність РАС, а й рівень соціальної підтримки, самооцінки та професійного благополуччя. У зв'язку з цим практична

допомога дорослим особам із РАС має бути комплексною, міждисциплінарною та спрямованою одночасно на психологічну підтримку, професійну адаптацію, розвиток соціальних ресурсів та формування інклюзивного середовища.

Рекомендації для психологів

Психологічний супровід дорослих осіб із РАС має бути орієнтований не лише на зниження рівня психологічного дискомфорту, але й на формування стабільного суб'єктивного благополуччя, розвиток адаптивних стратегій функціонування та підтримку особистісної автономії. Враховуючи значущий внесок самооцінки у прогнозування якості життя, важливим напрямом психологічної роботи є формування позитивного самосприйняття, зниження внутрішньої самокритики та розвиток психологічної стійкості.

Доцільним є використання елементів когнітивно-поведінкової терапії, спрямованих на роботу з негативними автоматичними переконаннями, соціальною тривожністю, труднощами емоційної регуляції та хронічним стресом. У роботі з дорослими особами із РАС важливо враховувати ризик сенсорного перевантаження, емоційного виснаження та аутистичного вигорання, тому психотерапевтична робота має бути достатньо структурованою, передбачуваною та адаптованою до індивідуальних особливостей клієнта.

Ефективними можуть бути:

- індивідуальне психологічне консультування;
- когнітивно-поведінкова терапія;
- тренінги емоційної саморегуляції;
- програми розвитку копінг-стратегій;
- підтримувальні терапевтичні групи;
- тренінги соціальних навичок;
- психоосвітні програми щодо аутистичного спектра та сенсорної чутливості.

Особливу увагу доцільно приділяти розвитку навичок самозахисту власних меж, формуванню толерантного ставлення до власних особливостей та профілактиці психологічного виснаження.

Рекомендації для роботодавців та HR-фахівців

Результати дослідження підтвердили, що професійне благополуччя є одним із найважливіших чинників якості життя дорослих осіб із РАС. У зв'язку з цим особливого значення набуває створення безпечного, структурованого та передбачуваного робочого середовища.

Роботодавцям доцільно враховувати, що труднощі професійної адаптації осіб із РАС часто пов'язані не зі зниженим професійним потенціалом, а з особливостями комунікації, сенсорної чутливості, високим рівнем виснаження в умовах соціального перевантаження та недостатньою адаптованістю робочого простору.

Для покращення професійного функціонування працівників із РАС рекомендується:

- забезпечувати чіткі та структуровані професійні інструкції;
- підтримувати передбачуваний графік роботи;
- мінімізувати надмірне сенсорне навантаження;
- за можливості надавати доступ до дистанційного або гібридного формату роботи;
- уникати хаотичних багатозадачних умов;
- створювати можливості для короткочасного усамітнення у разі сенсорного перевантаження;
- забезпечувати прозору систему професійної комунікації;
- впроваджувати практики наставництва та підтриманого працевлаштування.

Важливим напрямом є також проведення навчальних програм для HR-фахівців та трудових колективів щодо нейрорізноманіття, особливостей аутистичного спектра та принципів інклюзивної комунікації. Формування толерантного професійного середовища може суттєво знижувати рівень соціального стресу та професійного виснаження дорослих осіб із РАС.

Рекомендації для соціальних працівників

Соціальні працівники можуть відігравати важливу роль у підтримці соціальної адаптації та зниженні рівня соціальної ізоляції дорослих осіб із РАС. Оскільки результати дослідження підтвердили значущий зв'язок між соціальною підтримкою та якістю життя, особливого значення набуває розвиток доступних соціальних ресурсів та підтримувальних спільнот.

Доцільними напрямками роботи є:

- організація груп соціальної підтримки;
- допомога у професійній орієнтації та працевлаштуванні;
- супровід у взаємодії з державними та соціальними структурами;
- інформування щодо доступних соціальних послуг;
- сприяння соціальній інтеграції та розвитку соціальних контактів;
- організація безпечних просторів для комунікації та взаємопідтримки.

Важливим є також проведення просвітницької роботи щодо потреб дорослих осіб із РАС та зниження рівня стигматизації у суспільстві.

Рекомендації для родини та близького соціального оточення

Значуща роль соціальної підтримки у структурі якості життя свідчить про важливість стабільного та безпечного емоційного середовища для дорослих осіб

із РАС. Родина та близьке соціальне оточення можуть бути одним із ключових ресурсів психологічної стабільності та адаптації.

Рідним та близьким рекомендується:

- враховувати сенсорні та емоційні особливості особи із РАС;
- підтримувати передбачуваність та стабільність взаємодії;
- уникати надмірного психологічного тиску та критики;
- поважати потребу в особистому просторі та усамітненні;
- підтримувати професійні та соціальні ініціативи;
- сприяти розвитку автономності та самостійності;
- підвищувати власну обізнаність щодо особливостей

аутистичного спектра.

Доцільною є також участь членів родини у психоосвітніх програмах, сімейному консультуванні та групах підтримки для близьких осіб із РАС. Це може сприяти покращенню емоційного клімату в родині та підвищенню рівня взаєморозуміння.

Таким чином, результати дослідження свідчать про необхідність комплексної системи підтримки дорослих осіб із РАС, яка має включати психологічний супровід, професійну адаптацію, розвиток соціальних ресурсів та формування інклюзивного середовища. Найважливішими напрямками допомоги є підтримка професійного благополуччя, розвиток стабільної соціальної підтримки, профілактика психологічного виснаження та створення умов для повноцінної соціальної інтеграції й підвищення якості життя дорослих осіб із РАС.

Висновки до розділу 3

У ході емпіричного дослідження було проаналізовано особливості якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра, а також роль

самооцінки, сприйнятої соціальної підтримки та кар'єрного благополуччя у структурі їхнього психологічного функціонування.

Результати описової статистики показали, що дорослі особи із РАС характеризуються нижчими показниками загальної якості життя порівняно з контрольною групою. Найбільш виражені відмінності були виявлені у фізичному, психологічному та середовищному доменах якості життя. Також у групі осіб із РАС спостерігався нижчий рівень сприйнятої соціальної підтримки та суттєво нижчі показники професійного благополуччя, зокрема як суб'єктивного, так і об'єктивного компонентів кар'єри.

Перевірка нормальності розподілу за критерієм Шапіро–Уїлка показала наявність окремих відхилень від нормального розподілу, у зв'язку з чим для подальшого аналізу було використано непараметричні статистичні методи. Зокрема, для аналізу міжгрупових відмінностей застосовувався критерій Манна–Уїтні, а для оцінки взаємозв'язків між показниками — коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Результати критерію Манна–Уїтні підтвердили наявність статистично значущих відмінностей між групами за всіма показниками якості життя, а також за рівнем соціальної підтримки та кар'єрного благополуччя. Найбільш виражені міжгрупові відмінності стосувалися саме професійної реалізації та задоволеності кар'єрою. Водночас статистично значущих відмінностей за рівнем самооцінки між групами виявлено не було.

Кореляційний аналіз показав, що найбільш тісні позитивні взаємозв'язки спостерігалися між якістю життя та кар'єрним благополуччям, а також між якістю життя та рівнем сприйнятої соціальної підтримки. Було встановлено, що професійна реалізація та підтримувальне соціальне середовище є важливими чинниками суб'єктивного благополуччя дорослих осіб. Водночас статистично

значущого зв'язку між психологічним доменом якості життя та самооцінкою виявлено не було.

Результати множинного регресійного аналізу показали, що статистично значущими предикторами загального показника якості життя є самооцінка, сприйнята соціальна підтримка, кар'єрне благополуччя та належність до групи. Найбільший внесок у прогнозування якості життя мав показник діагнозу, що свідчить про суттєвий вплив наявності РАС на рівень суб'єктивного благополуччя. Водночас стать та вікова група не продемонстрували статистично значущого внеску у модель.

Перевірка внутрішньої узгодженості використаних психодіагностичних методик показала достатній та високий рівень надійності всіх досліджуваних шкал, що підтверджує психометричну коректність отриманих результатів.

Таким чином, результати дослідження загалом підтвердили основну гіпотезу щодо наявності особливостей якості життя дорослих осіб із РАС та значущої ролі соціально-професійних чинників у структурі їхнього психологічного благополуччя.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі було здійснено теоретичне та емпіричне дослідження якості життя дорослих осіб із розладами аутистичного спектра та факторів, що її визначають.

У першому розділі на основі аналізу сучасних наукових підходів розглянуто поняття якості життя як багатовимірного конструкту, що охоплює фізичні, психологічні, соціальні та середовищні аспекти функціонування особистості. Встановлено, що у контексті РАС якість життя визначається не лише станом здоров'я, але й рівнем соціальної інтеграції, доступом до ресурсів, можливістю професійної реалізації та прийняттям індивідуальних особливостей. Також проаналізовано специфіку дорослого віку при РАС, зокрема труднощі соціальної адаптації, особливості самосприйняття, вплив стигматизації та роль соціальної підтримки.

У другому розділі обґрунтовано методологію емпіричного дослідження, визначено вибірку, підібрано валідні психодіагностичні інструменти (WHOQOL-BREF, шкала самооцінки, шкала соціальної підтримки, показники професійної задоволеності), а також описано процедуру збору та аналізу даних із використанням сучасних статистичних методів.

У третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження. Встановлено, що дорослі особи з розладами аутистичного спектра мають нижчий рівень якості життя порівняно з контрольною групою за всіма досліджуваними доменами. Виявлено, що якість життя найбільш тісно пов'язана із соціальною підтримкою та професійною реалізацією, тоді як роль самооцінки є менш вираженою та має опосередкований характер.

Результати регресійного аналізу підтвердили, що саме професійна задоволеність є ключовим предиктором якості життя, а соціальна підтримка

виступає додатковим значущим фактором. При цьому самооцінка та стать не мають статистично значущого впливу у межах побудованої моделі.

На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації, спрямовані на підвищення якості життя дорослих осіб із РАС. Зокрема, підкреслено необхідність розвитку систем соціальної підтримки, створення умов для професійної реалізації, а також адаптації робочого середовища до індивідуальних потреб.

Отримані результати узгоджуються із сучасними зарубіжними дослідженнями та водночас розширюють вітчизняний науковий дискурс щодо проблеми якості життя дорослих осіб із РАС, яка залишається недостатньо дослідженою.

Таким чином, мету дослідження досягнуто, поставлені завдання виконано, а висунуті гіпотези підтверджено повністю або частково. Результати дослідження можуть бути використані у практиці психологічної допомоги, соціальної роботи, а також у розробці програм підтримки та інклюзивної політики щодо дорослих осіб із розладами аутистичного спектра.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
2. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
3. Arnold, S. R. C., Higgins, J. M., Weise, J., Desai, A., Pellicano, E., & Trollor, J. N. (2023). Confirming the nature of autistic burnout. *Autism*, 27(7), 1906–1918. <https://doi.org/10.1177/13623613221147410>
4. Austin, R. D., & Pisano, G. P. (2017). Autism at work: Lessons from integrating employees with autism. *Harvard Business Review*, 95(3), 96–105.
5. Autism Europe. (2024). *Employment and inclusion of autistic adults in Europe: Annual report*. <https://www.autismeurope.org/blog/2025/01/31/aes-activity-report-2024/>
6. Ayres, M., Parr, J. R., Rodgers, J., Mason, D., Avery, L., & Flynn, D. (2018). A systematic review of quality of life of adults on the autism spectrum. *Autism*, 22(7), 774–783. <https://doi.org/10.1177/1362361317714988>
7. Baldwin, S., Costley, D., & Warren, A. (2014). Employment activities and experiences of adults with high-functioning autism and Asperger's disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(10), 2440–2449. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2112-z>
8. Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger syndrome*. Oxford University Press.
9. Baron-Cohen, S., & Bolton, P. (2009). *Autism: The facts* (5th ed.). Oxford University Press.
10. Beardon, L. (2008). *Asperger syndrome and employment: Adults speak out about Asperger syndrome*. Jessica Kingsley Publishers.

11. Beardon, L. (2021). *Autism in adults*. Sheldon Press.
12. Beardon, L. (2023). *What works for autistic adults*. Sheldon Press.
13. Black, M. H., Mahdi, S., Milbourn, B., Falkmer, M., & Falkmer, T. (2018). Barriers and facilitators to employment for adults with autism: A scoping review. *Work*, 61(4), 557–568. <https://doi.org/10.3233/WOR-182810>
14. Botha, M., & Frost, D. M. (2020). Extending the minority stress model to understand mental health problems experienced by the autistic population. *Society and Mental Health*, 10(1), 20–34.
<https://doi.org/10.1177/2156869318804297>
15. Brouwers, E. P. M., van Bergijk, J., van Weeghel, J., & de Boer, M. K. (2024). Barriers to and facilitators for finding and keeping competitive employment: A focus group study on autistic adults with and without paid employment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 34(1), 98–112.
16. Cage, E., De Andres, M., & Mahoney, P. (2018). Understanding the factors that affect the quality of life of autistic people. *Autism*, 22(7), 794–803.
<https://doi.org/10.1177/1362361317714987>
17. Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
18. Charlton, R. A., McQuaid, G. A., & Wallace, G. L. (2023). Social support and links to quality of life among middle-aged and older autistic adults. *Autism*, 27(1), 221–233. <https://doi.org/10.1177/13623613221081917>
19. Chen, Y.-L., Schneider, M., & Patten, K. (2022). Exploring the role of interpersonal contexts in peer relationships among autistic and non-autistic youth in integrated education. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 946651.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.946651>

20. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
21. Coleman, D. M., & Adams, J. B. (2018). Survey of vocational experiences of adults with autism spectrum disorders, and recommendations on improving their employment. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 49(2), 187–199.
22. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
23. Cooper, K., Smith, L. G. E., & Russell, A. (2017). Social identity, self-esteem, and mental health in autism. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 844–854. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2297>
24. Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. W. H. Freeman.
25. Cope, R., Remington, A., & Crane, L. (2022). The strengths and abilities of autistic people in the workplace. *Autism in Adulthood*, 4(1), 22–31.
26. Cummins, R. A. (2018). Quality of life and subjective well-being: Conceptual and methodological issues. *Applied Research in Quality of Life*, 13, 1–16.
27. DataOcean. (2023). Досвід працевлаштування осіб з розладами аутистичного спектра у сфері технологій. <https://dataocean.ai>
28. Davies, J., Heasman, B., Livesey, A., Walker, A., Pellicano, E., & Remington, A. (2023). Access to employment: A comparison of autistic, neurodivergent and neurotypical adults' experiences of hiring processes in the UK. *Autism*, 27(6), 1581–1596.
29. Deloitte. (2022). *Neurodiversity as a competitive advantage*. Deloitte Insights.
<https://www2.deloitte.com>
30. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

31. Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653–663.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.4.653>
32. Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2, 253–260.
<https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
33. Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
34. European Inclusive Alliance. (2022). *Employment of autistic persons: Best practices in EU countries*. European Inclusive Alliance.
35. European Union of Supported Employment. (2022). *Supported employment toolkit*. <https://www.euse.org>
36. Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.
[https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
37. Forbes Ukraine. (2023). *Інклюзія як інструмент розвитку бізнесу*.
<https://forbes.ua>
38. Geirdal, A. Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Schoultz, M., et al. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing and loneliness during the COVID-19 pandemic: A cross-national study. *Disability and Rehabilitation*, 43(19), 1–12.
39. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
40. Gray, D. E. (2002). “Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed”: Felt and enacted stigma among parents of children with high functioning

- autism. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 734–749.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.00316>
41. Happé, F., & Frith, U. (2020). Annual research review: Looking back to look forward—Changes in the concept of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 218–232. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13176>
 42. Harvey, M., Froude, E. H., Foley, K. R., et al. (2021). Employment profiles of autistic adults in Australia. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(9), 3187–3202.
 43. Hedley, D., & Uljarević, M. (2017). Employment programmes and interventions targeting adults with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 21(8), 929–941. <https://doi.org/10.1177/1362361316661855>
 44. Heine, S. J., Lehman, D. R., Markus, H. R., & Kitayama, S. (1999). *Is there a universal need for positive self-regard?* *Psychological Review*, 106(4), 766–794. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.766>
 45. Hendricks, D. (2010). Employment and adults with autism spectrum disorders: Challenges and strategies for success. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 32(2), 125–134. <https://doi.org/10.3233/JVR-2010-0502>
 46. van den Heuvel, R. M., Teunisse, J.-P., Radhoe, T. A., van der Putten, W. J., Torenvliet, C., Wen, S., Wensing, M., & Geurts, H. M. (2025). Social network types in autistic adults and its associations with mastery, quality of life, and autism characteristics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10803-025-06722-1>
 47. Hickey, E. J., DaWalt, L. S., Hong, J., Lounds Taylor, J., & Mailick, M. R. (2024). Trajectories of competitive employment of autistic adults through late midlife. *Healthcare*, 12(2), Article 265.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12020265>

- 48.Hildebrandt, T., Simpson, K., & Adams, D. (2025). Anxiety during employment-seeking for autistic adults. *Autism*. Advance online publication.
- 49.Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>
- 50.House of Commons Library. (2024). *Disabled people in employment* (Research Briefing No. 7540). UK Parliament. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN07540/SN07540.pdf>
- 51.Howlin, P., & Moss, P. (2012). Adults with autism spectrum disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(5), 275–283. <https://doi.org/10.1177/070674371205700502>
- 52.Howlin, P., Moss, P., Savage, S., & Rutter, M. (2013). Social outcomes in mid-to later adulthood among individuals diagnosed with autism and average nonverbal IQ as children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.017>
- 53.Hull, L., Lai, M.-C., Baron-Cohen, S., Allison, C., Smith, P., Petrides, K. V., & Mandy, W. (2020). Gender differences in self-reported camouflaging in autistic and non-autistic adults. *Autism*, 24(2), 352–363. <https://doi.org/10.1177/1362361319864804>
- 54.Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M.-C., & Mandy, W. (2017). “Putting on my best normal”: Social camouflaging in adults with autism spectrum conditions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(8), 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- 55.JPMorgan Chase & Co. (2023). *Autism at work initiative*. <https://www.jpmorganchase.com/impact/people/autism-at-work>

- 56.Kapp, S. K. (2018). Social support, well-being, and quality of life among individuals on the autism spectrum.
- 57.Kapp, S. K., Gillespie-Lynch, K., Sherman, L. E., & Hutman, T. (2013). Deficit, difference, or both? Autism and neurodiversity. *Developmental Psychology*, 49(1), 59–71. <https://doi.org/10.1037/a0028353>
- 58.Kaye, H. S., Jans, L. H., & Jones, E. C. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 526–536. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9302-8>
- 59.Lai, M.-C., & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013–1027. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00277-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00277-1)
- 60.Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Auyeung, B., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2015). Sex/gender differences and autism: Setting the scene for future research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003>
- 61.Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31129-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2).
- 62.Lorenz, T., Frischling, C., Cuadros, R., & Heinitz, K. (2018). Autism and employment: Education and employment status of adults with autism spectrum disorders in Germany. *Autism*, 22(4), 491–500. <https://doi.org/10.1177/1362361317698000>
- 63.Lorenz, T., & Heinitz, K. (2014). Aspergers—Different, Not Less: Occupational strengths and job interests of individuals with Asperger's syndrome. *PLOS ONE*, 9(6), e100358. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100358>
- 64.Mason, D., Ingham, B., Urbanowicz, A., Michael, C., Birtles, H., Woodbury-Smith, M., Brown, T., James, I., Scarlett, C., Nicolaidis, C., & Parr, J. R.

- (2019). A systematic review of what barriers and facilitators prevent and enable physical healthcare services access for autistic adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(8), 3387–3400. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04049-2>
65. Mason, D., McConachie, H., Garland, D., Petrou, A., Rodgers, J., & Parr, J. R. (2018). Predictors of quality of life for autistic adults. *Autism Research*, 11(8), 1138–1147. <https://doi.org/10.1002/aur.1965>
66. McConachie, H., Mason, D., Ingham, B., Parr, J. R., Garland, D., Hudson, J., & Rodgers, J. (2018). Enhancing the validity of a quality of life measure for autistic people. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(5), 1596–1611. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3402-z>
67. McConachie, H., Mason, D., Parr, J. R., Garland, D., Wilson, C., & Rodgers, J. (2020). What is important in measuring quality of life? Reflections by autistic adults in four countries. *Autism in Adulthood*, 2(1), 4–12. <https://doi.org/10.1089/aut.2019.0008>
68. Microsoft. (2023). *Neurodiversity hiring program*. <https://www.microsoft.com/en-us/diversity/inside-microsoft/neurodiversity-hiring>
69. Milbourn, B., Falkmer, M., Black, M. H., & Falkmer, T. (2019). Factors impacting employment for people with autism spectrum disorders: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 41(20), 2342–2355. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1465134>
70. Milton, D. (2012). On the ontological status of autism: The “double empathy problem.” *Disability & Society*, 27(6), 883–887. <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.710008>
71. Nicholas, D. B., Attridge, M., Zwaigenbaum, L., & Clarke, M. (2015). Vocational support approaches in autism spectrum disorder: A synthesis review

- of the literature. *Autism*, 19(2), 235–245.
<https://doi.org/10.1177/1362361313516548>
- 72.Ohl, A., Grice Sheff, M., Little, S., Nguyen, J., Paskor, K., & Zanjirian, A. (2017). Predictors of employment status among adults with Autism Spectrum Disorder. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 56(2), 345–355. <https://doi.org/10.3233/WOR-172492>
- 73.Oishi, S. (2019). Psychological richness: A third dimension of the good life. *Journal of Research in Personality*, 81, 1–13.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.001>
- 74.Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387.
<https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- 75.Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Annual research review: Shifting from “normal science” to neurodiversity in autism science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(4), 381–396. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13534>
- 76.Pellicano, E., & den Houting, J. (2022). Neurodiversity and autism research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- 77.UNESCO. (2009). *Policy guidelines on inclusion in education*.
<https://unesdoc.unesco.org>
- 78.Project SEARCH. (2023). *Project SEARCH model and program description*.
<https://www.projectsearch.us>
- 79.Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.
- 80.Radulović, D., Đorđević, V., & Stanković, M. (2024). The relationship between quality of life, anxiety and depression in adults. *Journal of Clinical Medicine*, 13(13), 3874. <https://doi.org/10.3390/jcm13133874>

- 81.Reitz, A. K. (2022). Self-esteem development and life events: A review and integrative process model. *Social and Personality Psychology Compass*, 16(11), e12709. <https://doi.org/10.1111/spc3.12709>
- 82.Robertson, A. E., & Simmons, D. R. (2013). The relationship between sensory sensitivity and autistic traits in the general population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(4), 775–784. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1608-7>
- 83.Robertson, A. E., & Simmons, D. R. (2015). The sensory experiences of adults with autism spectrum disorder: A qualitative analysis. *Perception*, 44(5), 569–586. <https://doi.org/10.1068/p7833>
- 84.Robertson, C. E., & Baron-Cohen, S. (2017). Sensory perception in autism. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11), 671–684. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.112>
- 85.Robison, J. E., & Ford, C. (2016). Neurodiversity and inclusive employment. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(6), 377–389.
- 86.Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- 87.Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- 88.Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- 89.SAP. (2023). *Autism at work program*. <https://www.sap.com/about/company/diversity/autism-at-work.html>

- 90.Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(3), 203–216.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>
- 91.Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. D., & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental Retardation*, 40(6), 457–470.
[https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2002\)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2002)040<0457:CMAAOQ>2.0.CO;2)
- 92.Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- 93.Scott, M., Falkmer, M., Girdler, S., & Falkmer, T. (2015). Viewpoints on factors for successful employment for adults with autism spectrum disorder. *PLoS ONE*, 10(10), e0139281. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139281>
- 94.Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- 95.Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Cooper, B., Sterzing, P. R., Wagner, M., & Taylor, J. L. (2012). Postsecondary education and employment among youth with an autism spectrum disorder. *Pediatrics*, 129(6), 1042–1049.
<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2864>
- 96.Sirgy, M. J. (2021). *The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia* (3rd ed.). Springer.
- 97.Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- 98.European Commission. (2021). *Strategy for the rights of persons with disabilities 2021–2030*. <https://commission.europa.eu>

99. Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed., pp. 7–24). Nelson-Hall.
100. Taylor, J. L., & Seltzer, M. M. (2011). Employment and postsecondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during the transition to adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 566–574. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-1070-3>
101. Tobin, M. C., Drager, K. D. R., & Richardson, L. F. (2014). A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.
102. VanBergeijk, E., Klin, A., & Volkmar, F. (2008). Supporting more able students on the autism spectrum: College and beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(7), 1359–1370. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0524-8>
103. Walker, N. (2021). *Neuroqueer heresies: Notes on the neurodiversity paradigm, autistic empowerment, and postnormal possibilities*. Autonomous Press.
104. Wehman, P., Schall, C., McDonough, J., Kregel, J., Brooke, V., Molinelli, A., & Ham, W. (2014). Competitive employment for youth with autism spectrum disorders: Early results from a randomized clinical trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(3), 487–500. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1892-x>
105. Wehmeyer, M. L., & Shogren, K. A. (2017). Self-determination and autonomy in people with disabilities. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 42(3), 206–218.
106. WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization.

- Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
107. WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
 108. World Health Organization. (2022). *International classification of diseases (11th ed.): Autism spectrum disorder (6A02)*. <https://icd.who.int>
 109. Wu, T., & Wang, D.-C. (2025). Experiences of friendship among autistic adults: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, Article 1523506. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1523506>
 110. Yergeau, M. (2018). *Authoring autism: On rhetoric and neurological queerness*. Duke University Press.
 111. Child.ua. (2023). Підтримане працевлаштування осіб з аутизмом в Україні: Аналітичний огляд. <https://child.ua>
 112. Базима, Н. В. (2015). Теоретичне вивчення проблематики аутизму. *Актуальні проблеми психології*, 10(27), 44–52.
 113. Вакуленко, Ю. В. (2018). Сенсорна дисфункція та її корекція в дітей із розладами аутичного спектру. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, (4), 277–281.
 114. Карамушка, Л. М. (2018). *Психологія благополуччя особистості*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
 115. Когутяк, Н. (2018). Проблеми міждисциплінарних досліджень у епідеміології аутизму. *Збірник наукових праць: Психологія*, (22), 123–128.
 116. Кокур, О. М. (2017). *Психологія професійного становлення особистості*. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
 117. Лавренюк, С., & Одусанво, В. (2021, 10 листопада). *Стіна з бар'єрів: Працевлаштування людей з інвалідністю в Україні*. Спільне |

- Commons. <https://commons.com.ua/uk/pracevlashtuvannya-lyudej-z-invalidnistyu-v-ukrayini/>
118. Державна служба зайнятості України. (2022). *Особливості працевлаштування осіб з розладами аутистичного спектра.*
<https://www.dcz.gov.ua>
 119. Островська, К. О., Качмарик, Х. В., & Дробіт, Л. Р. (2017). *Основи діагностики дітей з розладами аутистичного спектра.* Видавничий центр Львівського національного університету імені Івана Франка.
 120. Пінчук, І. Я., Панічевська, Є. Л., Пішель, В. Я., Полив'яна, М. Ю., & Сотніченко, В. В. (2014). Розлади спектра аутизму у дорослих: сучасний стан проблеми. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 2(57), 9–11.
 121. Полянський, А. П. (2024). Щодо працевлаштування осіб з інвалідністю. *Аналітично-порівняльне правознавство*, 5, 59–64.
 122. Міністерство соціальної політики України. (2024). *Працевлаштування осіб з інвалідністю: Аналітичний звіт.*
<https://msp.gov.ua>
 123. Продиус, О., & Красіловська, Л. (2024). Дослідження особливостей працевлаштування осіб з інвалідністю в умовах інклюзивного економічного розвитку. *Сталий розвиток економіки*, 51, 27–35.
 124. Семигіна, Т. В., & Столярик, О. Ю. (2019). Якість життя сімей, які виховують дітей з аутизмом: концепція та чинники. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*, 18, 60–63.
 125. Національна соціальна сервісна служба України. (2024). *Соціальний супровід при працевлаштуванні.* <https://nssu.gov.ua/news/sotsialnyi-suprovid-pri-pratsevashtuvanni>

126. Фонд соціального захисту осіб з інвалідністю. (2025). *Сприяння зайнятості та створенню робочих місць для осіб з інвалідністю*.
<https://www.ispf.gov.ua/diyalnist/robotodavcyam/spriyannya-zajnyatosti-ta-stvorennnyu-rm-dlya-osib-z-invalidnistyu>
127. Столярик, О., & Семигіна, Т. (2022). *Соціальна робота із сім'ями, які виховують дітей з аутизмом: Інтервенція з розвитку сильних сторін*. Teadmus.
128. Шепель, А., & Горошко, В. (2024). Сучасні технології в діагностиці та реабілітації розладів аутистичного спектру: аналітичний огляд наукових інформаційних джерел. *Україна. Здоров'я нації*, 2, 154–160.
<https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.2/25>

ДОДАТКИ

Додаток А.

Авторська анкета

Вступ і інформована згода

Це анонімне опитування проводиться з навчально-дослідницькою метою в межах теми «Якість життя дорослих аутистів». Воно містить одну довшу шкалу та три короткі шкали та декілька демографічних питань. Заповнення анкети займає близько 15 хвилин.

Умови участі:

- вік 18+;
- участь є повністю добровільною;
- Ви можете відмовитися або припинити заповнення у будь-який момент без пояснення причин;
- Ваша участь не передбачає жодних ризиків чи винагород.

Конфіденційність: Опитування є анонімним, ідентифікаційні дані (ім'я, контакт, електронна пошта) не збираються. Отримані результати будуть використані в узагальненій формі для наукової та навчальної мети. Дані зберігаються відповідно до принципів академічної доброчесності та етичного кодексу психолога.

Підтвердження згоди: Натискаючи “Так, погоджуюсь”, Ви підтверджуєте, що:

- ознайомилися з інформацією про дослідження;
- добровільно погоджуєтесь взяти участь; маєте вік 18 років і більше.

Дякую за вагомий внесок у нашу дослідницьку роботу

Блок А.

Демографія

Виберіть лише один варіант.

1. Стать
 - чоловік
 - жінка

2. Вік

- 18–25
- 26-40
- 40-55
- 55+

3. Наявність діагнозу

- Не виставлений
- Виставлений в дитинстві
- Виставлений в дорослому віці

Блок В. Освіта та зайнятість

4. Рівень освіти

- середня
- вища
- друга вища / післядипломна
- Інше:

5. Досвід праці

(кількість років)

6. Тип зайнятості

- офіційний трудовий договір
- робота без договору (фріланс, приватні послуги)
- власна справа робота з участю тьютора / тренера праці
- інклюзивне чи соціальне підприємство
- волонтерська діяльність
- пошук роботи

7. Сфера зайнятості

- сфера обслуговування
- адміністративно-офісна робота
- промисловість і виробництво
- сільське господарство
- інтелектуальна праця
- ручна праця
- творчі професії

- служба (у війську, поліції, ДСНС)

8. Робочі години

- повний день
- неповний день

9. Які з зазначених нижче факторів могли заважати чи заважають на робочому місці: Виберіть усе, що підходить.

- яскраве світло
- темне світло
- гучні звуки, галас
- великий колектив
- незручний графік
- довгий час на доїзд до роботи
- Інше:

Додаток Б.

Успішність адаптації – Шкала якості життя від BOOЗ Ukrainian_WHOQOL-BREF

Ми запитуємо про те, яким Ви вважаєте своє життя протягом *останніх чотирьох тижнів*.

Будь ласка, виберіть відповідь, яка здається Вам найбільш підходящою. Якщо ви не впевнені, як відповісти на питання, перша відповідь, яка прийде Вам в голову, часто буває найкращою.

Кожне питання оцінюється за шкалою 1–5, де: 1 — дуже низький/дуже незадовільний/ніколи 2 — низький/незадовільний/рідко 3 — середній/іноді 4 — високий/задовільний/часто 5 — дуже високий/повністю задовільний/завжди

1. Як Ви оцінюєте якість Вашого життя?
2. Наскільки Ви задоволені станом свого здоров'я?

У відповідях на наступні питання вкажіть, в якій мірі Ви відчували певні стани протягом останніх чотирьох тижнів.

Ніколи рідко іноді часто завжди

3. На Вашу думку, якою мірою фізичні болі заважають Вам виконувати свої обов'язки?
4. Якою мірою Ви потребуєте якоїсь медичної допомоги для нормального функціонування у своєму повсякденному житті?
5. Наскільки Ви задоволені своїм життям?
6. Наскільки, на Вашу думку, Ваше життя наповнена змістом?
7. Наскільки добре Ви можете концентрувати увагу?
8. Наскільки безпечно Ви відчуваєте себе в повсякденному житті?
9. Наскільки здорової є фізичне середовище навколо Вас?

У наступних питаннях йдеться про те, наскільки повно Ви відчували або були в змозі виконувати певні функції протягом останніх чотирьох тижнів.

Зовсім ні Трохи Помірно В основному Повністю

10. Чи достатньо у Вас енергії для повсякденного життя?
11. Чи здатні Ви змиритися зі своїм зовнішнім виглядом?
12. Чи достатньо у Вас грошей для задоволення Ваших потреб?

13. Наскільки доступна для Вас інформація, яка необхідна у Вашому повсякденному житті?
14. Якою мірою у Вас є можливості для відпочинку і розваг?
15. Наскільки легко Ви можете дістатися до потрібних Вам місць? Дуже погано погано ні погано, ні добре, добре дуже добре

У відповідях на наступні питання вкажіть, наскільки ви задоволені наступним:

Зовсім не задоволений Не задоволений Ні те, ні інше Задоволений Дуже задоволений

16. Наскільки Ви задоволені своїм сном?
17. Наскільки Ви задоволені здатністю виконувати свої повсякденні обов'язки?
18. Наскільки Ви задоволені своєю працездатністю?
19. Наскільки Ви задоволені собою?
20. Наскільки Ви задоволені особистими взаємовідносинами?
21. Наскільки Ви задоволені своєю сексуальним життям?
22. Наскільки Ви задоволені підтримкою, яку Ви отримуєте від своїх друзів?
23. Наскільки Ви задоволені умовами в місці Вашого проживання?
24. Наскільки Ви задоволені доступністю медичного обслуговування для Вас?
25. Наскільки Ви задоволені транспортом, яким Ви користуєтеся?

Наступне питання стосується того, наскільки часто Ви відчували або переживали певні стани протягом останніх чотирьох тижнів.

26. Як часто у Вас бувають негативні переживання, наприклад поганий настрій, відчай, тривога, депресія?

Ніколи рідко досить часто дуже часто завжди

Додаток В.

Особистісні фактори – Шкала самооцінки Розенберга Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

Блок Г. Будь ласка, прочитайте кожне твердження і позначте, наскільки ви згодні або не згодні з ним. Використовуйте шкалу від 1 до 4.

1 - зовсім не згоден/на 2 - скоріше не згоден/на 3 - скоріше згоден/на 4 - повністю згоден/на

1. Я почуваюся в цілому так, ніби я людина цінна і гідна поваги.
2. Мені є чим пишатися.
3. В мене є відчуття власної гідності.
4. Я можу робити щось добре.
5. Я заслуговую на повагу оточуючих.
6. Іноді я відчуваю, що нічого не вартий/варта.
7. Іноді я почуваюся невдахою.
8. Я схильний/схильна критикувати себе.
9. Мені іноді соромно за себе.
10. Я часто сумніваюся в своїй цінності.

Додаток Г.

Соціальні фактори – Шкала сприйнятої соціальної підтримки MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)

Будь ласка, прочитайте кожне твердження і позначте, наскільки ви згодні або не згодні з ним на даний момент. Використовуйте шкалу від 1 до 7.

1 - повністю не згоден/на 2 - не згоден/на 3 - скоріше не згоден/на 4 - важко сказати / нейтрально 5 - скоріше згоден/на 6 - згоден/на 7 - повністю згоден/на

1. У мене є хтось, хто завжди мене підтримує.
2. Є людина, з якою я можу поділитися своїми переживаннями.
3. Моя сім'я надає мені необхідну підтримку.
4. Я можу покластися на членів моєї сім'ї у складних ситуаціях.
5. Мені є до кого звернутися за допомогою у будь-який час.
6. У мене є друзі, які мене розуміють.
7. Друзі допомагають мені у важких ситуаціях.
8. Сім'я завжди турбується про мене.
9. Я можу розраховувати на друзів.
10. Є людина, яка особливо важлива для мене і підтримує мене.
11. Моя сім'я робить усе, щоб я почувався добре.
12. Друзі завжди готові вислухати мене.

Додаток Д.

Професійні показники – Шкала задоволеності кар'єрою (Career Satisfaction Scale), в адаптації М.Є. Тиченко).

Вкажіть, будь ласка, якою мірою Ви погоджуєтесь чи не погоджуєтесь з кожним із наступних тверджень.

1 - зовсім не задоволений/на 2 - не задоволений/на 3 - ні те, ні інше 4 - задоволений/на 5 - дуже задоволений/на

1. Я задоволений / задоволена досягнутим успіхом у своїй кар'єрі

2. Я задоволений / задоволена прогресом, досягнутим у реалізації своїх загальних кар'єрних цілей

3. Я задоволений / задоволена досягнутим прогресом щодо власних в контексті доходу (заробітку)

4. Я задоволений / задоволена досягнутим прогресом щодо моїх цілей в контексті просування у своїй кар'єрі (підвищень)

5. Я задоволений / задоволена прогресом у досягненні своїх цілей щодо розвитку нових навичок

6. Оцініть свій рівень зарплати (відносно Ваших потреб) ☐ дуже низький – 5 ☐ недостатній - 4 ☐ середній на ринку - 3 ☐ достатній - 2 ☐ високий – 1 41

7. Вкажіть кількість підвищень, тобто переходів на вищу посаду, впродовж усієї Вашої кар'єри ☐ не було – 5 ☐ один раз – 4 ☐ двічі - 3 ☐ тричі - 2 ☐ чотири рази і більше – 1

8. Вкажіть кількість разів, коли Ви переходили на більш оплачувану посаду впродовж кар'єри (функціональні обов'язки при цьому залишалися ті самі, чи трохи змінились) ☐ не було – 5 ☐ один раз - 4 ☐ двічі – 3 ☐ тричі - 2 ☐ чотири рази і більше – 1