

Гордійчук С.В.¹, Кірячок М.В.¹, Шатило В.Й.¹,
 Грищук С.М.¹, Лисенко Л.І.²

**Особистісна толерантність як
чинник протидії гандикапізму
та складова професійної
компетентності здобувачів освіти
спеціальності «Медсестринство»**

¹ Житомирський медичний інститут Житомирської
 обласної ради, м. Житомир, Україна

² Полтавський національний педагогічний університет
 імені В.Г. Короленка, м. Полтава, Україна

 Gordiichuk S.V.¹, Kiriachok M.V.¹, Shatylo V.Y.¹,
 Hryshchuk S.M.¹, Lysenko L.I.²

**Personal tolerance as a factor
in counteracting handicapism
and a component
of the professional competence
of nursing students**

¹ Zhytomyr Medical Institute Zhytomyr Regional Council,
 Zhytomyr, Ukraine

² Poltava V.G. Korolenko National
 Pedagogical University, Poltava, Ukraine

shatylo.viktor@gmail.com

Вступ

Сучасне суспільство, попри декларовані цінності рівності, інклюзії та недискримінації, продовжує зберігати значний рівень соціальної нерівності щодо осіб з інвалідністю. За офіційними даними Міністерства соціальної політики України, у країні налічувалося близько 2,7 мільйона осіб з інвалідністю, що свідчить про високу актуальність проблеми їхньої соціальної інтеграції та забезпечення рівних прав і можливостей [1].

Питання інтеграції людей з інвалідністю охоплює широкий спектр соціальних, культурних і психологічних аспектів і безпосередньо пов'язане з подоланням соціально зумовлених фізичних, інституційних і психологічних бар'єрів, які обмежують доступ до освіти, працевлаштування, медичних послуг і громадської активності [2].

У сучасних наукових підходах інвалідність розглядається не лише як медичний або індивідуальний стан, а як складний соціокультурний конструкт, що формується під впливом суспільних уявлень, норм і практик. У цьому контексті інвалідність тісно пов'язана з явищами соціального виключення, стигматизації та дискримінації, які можуть поглиблювати нерівність і перешкоджати повноцінній участі людини в суспільному житті [3].

На теоретичному рівні важливо розрізняти такі поняття, як «impairment» – порушення або втрата функцій організму, «disability» – обмеження активності чи участі особи в соціальному житті, «handicap» – соціально зумовлені перешкоди, які виникають унаслідок взаємодії особистісних особливостей із бар'єрним середовищем. Саме поняття «handicap» визначає соціальні наслідки порушень і підкреслює роль суспільних структур у формуванні нерівності [4].

Похідним від цього є поняття «гандикапізм», яке описує систему упереджень, негативних установок і дискримінаційних практик щодо людей з інвалідністю. Гандикапізм може проявлятися в мові, поведінці, соціальній політиці та міжособистісних взаємодіях, відтворюючи нерівність і соціальну дистанцію між «нормативними» й інвалідизованими групами населення [5].

У вітчизняній психологічній науці ґрунтовний аналіз гандикапізму здійснив О. Ставицький, який розглядає його як специфічну соціально-психологічну установку, що визначає сприйняття інвалідності й впливає на міжособистісні взаємини, формування упереджень і соціальних стереотипів [6].

Наукові праці О. Арца розширюють розуміння гандикапізму, розглядаючи гандикап як симптомокомплекс змін у самосприйнятті особи, що зумовлює розвиток комплексу меншовартості, знижену самооцінку та внутрішню стигматизацію. Науковець зазначає, що цей феномен має складну психологічну структуру й включає як особистісні переживання, так і соціальні чинники, що підтримують відчуття меншовартості [7; 8].

Проблематика опозиції «ми – вони», яка є підґрунтям соціальної диференціації та формування інтолерантності, детально розкрита в працях Л. Заграй. Дослідниця описує механізми конструювання соціальних меж, міжгрупової відчуженості й підвищення соціальної дистанції в суспільствах, що переживають періоди трансформацій [9].

Результати сучасних емпіричних досліджень засвідчують високий рівень соціальної дистанції серед інвалідизованих осіб, що проявляється в обмежених можливостях для самореалізації, недостатній підтримці та низькому рівні участі в суспільному житті. Це, у свою чергу, відтворює цикли ізоляції й маргіналізації [10].

У сучасних соціологічних дослідженнях наголошується, що процеси інтеграції соціально вразливих груп, зокрема осіб з інвалідністю, відбуваються в контексті ширших трансформаційних змін українського суспільства, пов'язаних із соціальною безпекою та доступністю соціальних послуг [11].

Проблема соціального виключення осіб з інвалідністю детально розглядається в працях українських і міжнародних дослідників соціальної політики й соціальної роботи. Зокрема, міжнародні аналітичні дослідження підкреслюють, що соціальне виключення осіб з інвалідністю зумовлене не лише станом здоров'я, а й дією соціальних бар'єрів, стереотипів, дискримінаційних практик та обмеженої доступності соціальних послуг, що перешкоджають повноцінній участі в суспільному житті [12].

Толерантність у цьому контексті визначається як ключовий особистісний ресурс протидії гандикапізму, що забезпечує прийняття різноманіття, зменшує соціальну напругу й сприяє розвитку інклюзивних взаємодій між різними соціальними групами [13].

О. Бабчук підкреслює, що толерантність є базовою умовою позитивної міжособистісної взаємодії, оскільки дає змогу зменшити упередженість, формувати партнерські відносини та сприяє конструктивному соціальному діалогу [14].

Багатоаспектний характер толерантності детально описаний у дослідженнях В. Павленко й О. Мельничук, які акцентують увагу на її когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних компонентах, що формують готовність особистості до прийняття іншості [15].

Психофізіологічний компонент толерантності розглядається в психологічній науці як сукупність механізмів емоційної стійкості, самоконтролю та здатності до адаптивної поведінки в умовах соціальної напруги. Ці механізми включають психофізіологічні процеси регуляції емоційного стану, уваги й реакційної готовності особистості, що забезпечують ефективну адаптацію до соціальних вимог і стресогенних ситуацій [16].

Толерантність у сучасних умовах розглядається як важлива детермінанта формування культури миру, міжгрупового діалогу, соціальної єдності й запобігання конфліктам, що робить її значущою для побудови інтегрованого й згуртованого суспільства [17].

Міжнародні дефініції поняття толерантності, зокрема розроблені ЮНЕСКО, підкреслюють важливість прийняття культурного, соціального, поведінкового й індивідуального різноманіття, а також визнають толерантність необхідною умовою демократичного розвитку, прав людини та соціального прогресу [18; 19].

У сфері медичної освіти толерантність розглядається як складова професійної компетентності медичних сестер, адже спроможність до емпатії, прийняття й недискримінаційної взаємодії є одним із ключових елементів якісної медичної допомоги й ефективної комунікації з пацієнтами, зокрема з особами з інвалідністю [20].

Аналіз літератури засвідчує наявність ґрунтовної теоретичної бази щодо гандикапізму як соціально-психологічного феномену й толерантності як важливої особистісної та суспільної цінності. Водночас залишаються недостатньо дослідженими роль особистісної толерантності як внутрішнього ресурсу протидії гандикапістським установкам; особливості її формування в здобувачів медичних спеціальностей; емпірично підтверджені зв'язки між рівнем толерантності майбутніх медичних працівників і їхньою готовністю до безстигматизуючої взаємодії з людьми з інвалідністю. Ці прогалини зумовлюють необхідність спеціального дослідження толерантності як чинника протидії гандикапізму серед студентів медичних спеціальностей, що визначає мету та завдання роботи.

Метою дослідження є теоретично обґрунтувати роль особистісної толерантності в протидії гандикапізму й емпірично дослідити рівень її сформованості в здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» з метою визначення ефективних шляхів розвитку толерантності як складової професійної компетентності майбутніх медичних фахівців.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

Об'єкт дослідження: особистісна толерантність як чинник протидії гандикапізму та складова професійної компетентності майбутніх медичних фахівців.

Предмет дослідження: рівень сформованості толерантності здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради.

Дослідження проводилося на базі Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради. Участь у дослідженні взяли 114 респондентів – здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» (74 здобувачі освіти другого року навчання та 40 здобувачів четвертого року навчання). Розподіл за статтю: 106 респонденток і 8 респондентів. Вік учасників дослідження – 18–20 років.

Участь у дослідженні була добровільною. Усі респонденти поінформовані про цілі дослідження, надали письмову інформовану згоду, їм було гарантовано анонімність і конфіденційність. Дослідження проводилося з дотриманням положень Гельсінської декларації (1964р., з поправками 2013 р.) та етичних принципів проведення соціально-психологічних досліджень.

Методи дослідження: для досягнення мети й реалізації завдань дослідження застосовано комплекс взаємопов'язаних методів, що поєднують теоретичний та емпіричний підходи. На теоретичному рівні здійснено аналіз, узагальнення й систематизацію наукових джерел, присвячених проблематиці особистісної толерантності, гандикапізму та професійної підготовки медичних фахівців. Це дало змогу визначити концептуальні засади дослідження, уточнити дефініції ключових понять і сформулювати методологічне підґрунтя подальшого емпіричного етапу. На емпіричному рівні

проведено діагностику рівня толерантності майбутніх фахівців з медсестринства. З метою комплексної оцінки використано стандартизовані психодіагностичні методики, за саме:

– шкалу соціальної дистанції Е. Богардуса – для вимірювання рівня соціальної прийнятності різних груп населення;

– методику «Рівень комунікативної толерантності» В. Бойка – для визначення особливостей міжособистісної взаємодії;

– методику «Особистісна готовність до змін» (А. Джерел, С. Хезер, М. Голд, К. Халл) – для оцінювання гнучкості мислення та здатності до адаптації;

– методику «Толерантність до невизначеності» С. Бандера – для визначення стійкості особистості в умовах непередбачуваності.

Обробка даних: для обробки емпіричних даних використано програмні засоби Microsoft Excel 365 (пакет «Аналіз даних») і «Medstat» версії 5.2. Застосовано медико-статистичні методи, а також методи системного аналізу й логічного узагальнення. У межах статистичної обробки результатів проведено:

– описову статистику – для визначення частот, відсоткових розподілів, середніх значень (М) і похибки середнього;

– розрахунок 95% довірчих інтервалів (ДІ) – для оцінки надійності отриманих результатів;

– критерій χ^2 Пірсона – для аналізу розподілу показників між групами респондентів;

– t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок – для порівняння середніх значень між студентами 2 й 4 курсів за умови нормального розподілу.

Рівень статистичної значущості результатів установлено на рівні $p < 0,05$, що відповідає загальноприйнятним вимогам до наукових досліджень.

Результати дослідження

Отримані результати щодо готовності до взаємодії з людьми з інвалідністю (за шкалою соціальної дистанції Е. Богардуса) представлено в таблиці 1.

Опитування здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» дало змогу оцінити їхню готовність до взаємодії з людьми з інвалідністю на різних рівнях соціальної дистанції за шкалою Е. Богардуса та виявити міжкурсові відмінності.

1. Готовність до особистісних стосунків.

Старшокурсники продемонстрували вищу відкритість до близьких стосунків: прийняття людини з інвалідністю як коханого партнера засвідчили 9,5±6,7% студентів 2 курсу та 27,5±13,8% студентів 4 курсу. Це свідчить про меншу упередженість і більшу емоційну зрілість здобувачів старших курсів.

2. Готовність прийняти як близького друга.

Готовність до дружби з людиною з інвалідністю підтримали 28,4±10,3% студентів 2 курсу та 40,0±15,2% студентів 4 курсу. Зростання показника вказує на формування емпатії та партнерського, а не патерналістського стилю взаємодії.

3. Готовність до навчально-професійної взаємодії.

Людину з інвалідністю як одногрупника частіше приймають здобувачі 2 курсу (29,7±10,4% проти 15,0±11,1% на 4 курсі), що може відображати певне професійне «відмежування» старшокурсників під впливом клінічного досвіду й уявлень про можливі обмеження в навчанні.

4. Готовність надавати професійну допомогу.

Рівень готовності працювати з пацієнтами з інвалідністю залишається помірним в обох групах (20,3±9,2% – 2 курс; 15,0±11,1% – 4 курс), що вказує на недостатню впевненість у власній компетентності й потребу в цілеспрямованих тренінгах і симуляційних заняттях.

5. Готовність до соціального співіснування.

Позицію «готовий(а) співіснувати в суспільстві, але не в тісному контакті» обрали 8,1±6,2% студентів 2 курсу і жоден студент 4 курсу, що свідчить про меншу схильність старшокурсників до соціального дистанціювання.

6. Відсутність ізоляційних установок.

Жоден із респондентів не підтримав твердження про необхідність окремого проживання людей з інвалідністю (0% в обох групах), що відображає відсутність радикальних упереджень і загалом високий рівень соціальної прийнятності.

7. Порівняльний аналіз.

Статистично значущі відмінності ($\chi^2 = 12,76$; $p = 0,026$) підтверджують, що здобувачі 4 курсу частіше підтримують тісний міжособистісний контакт, тоді як студенти 2 курсу частіше обмежуються формальними чи навчально-професійними ролями. Водночас в обох групах не виявлено відкрито дискримінаційних

Таблиця 1

Результати опитування серед здобувачів 2 та 4 курсів щодо готовності до взаємодії з людьми з інвалідністю (n=114)

Рівень готовності	2 курс (P±m, %)	4 курс (P±m, %)
Готовий(а) прийняти як кохану людину, партнера для шлюбу.	9,5±6,7	27,5±13,8
Готовий(а) прийняти як близького друга.	28,4±10,3	40,0±15,2
Готовий(а) прийняти як одногрупника.	29,7±10,4	15,0±11,1
Готовий(а) прийняти як сусіда.	4,1±3,1	2,5±2,4
Готовий(а) надавати професійну допомогу.	20,3±9,2	15,0±11,1
Готовий(а) співіснувати в суспільстві, але не в тісному контакті.	8,1±6,2	0
Уважаю, що таким людям варто жити окремо.	0	0

поглядів, що свідчить про загалом позитивний інклюзивний фон.

Результати дослідження загального рівня комунікативної толерантності за методикою В. Бойка представлені в таблиці 2.

Розподіл рівнів комунікативної толерантності за методикою В. Бойка свідчить, що понад половина респондентів обох курсів має низький рівень комунікативної толерантності, тоді як високий і середній рівні демонструє менш ніж половина вибірки. Середні бали ($47,3 \pm 2,2$ бала на 2 курсі й $46,7 \pm 3,5$ бала на 4 курсі) також відповідають низькому рівню. Статистично значущих відмінностей між курсами не виявлено, що вказує на відсутність помітної позитивної динаміки цього показника впродовж навчання.

Результати дослідження сфери комунікативної толерантності за сферами методики В. Бойка представлені в таблиці 3.

Аналіз отриманих результатів засвідчив, що в більшості сфер комунікативної толерантності домінують низькі та середні рівні інтолерантності – це свідчить про часткову сформованість навичок прийняття й розуміння інших. Водночас у кількох сферах відзначено підвищені рівні ригідності, консерватизму та емоційної напруги у взаємодії з партнерами.

Сфери з найвищими показниками комунікативної толерантності.

Сфера 2. Сприйняття себе як еталона в оцінці інших: 83 респонденти ($72,8 \pm 8,2\%$) мають низький рівень інтолерантності (0–5 балів), лише 3 особи ($2,6 \pm 1,9\%$) продемонстрували високий рівень інтолерантності (11–15 балів). Це свідчить про здатність студентів приймати різноманітність і не оцінювати інших крізь призму власних стандартів.

Сфера 8. Нетерпимість до фізичного та психологічного дискомфорту партнера: 78 осіб ($68,4 \pm 8,5\%$)

Таблиця 2

Розподіл рівнів комунікативної толерантності (n=114)

Рівень	Узагальнені (%)	II курс (осіб)	II курс (%)	IV курс (осіб)	IV курс (%)
Високий	$20,2 \pm 7,4$	16	$21,6 \pm 9,4$	7	$17,5 \pm 11,8$
Середній	$22,8 \pm 7,7$	16	$21,6 \pm 9,4$	10	$25,0 \pm 13,4$
Низький	$57,0 \pm 9,1$	42	$56,8 \pm 11,3$	23	$57,5 \pm 15,3$

Таблиця 3

Показники рівня комунікативної толерантності (n=114)

Сфера комунікативної толерантності	0–5 б., кількість осіб	0–5 б. (P±m), %	6–10 б., кількість осіб	6–10 б. (P±m), %	11–15 б., кількість осіб	11–15 б. (P±m), %
Сфера 1. Уміння розуміти й приймати індивідуальність інших	69	$60,5 \pm 9,0$	43	$37,7 \pm 8,9$	2	$1,8 \pm 1,4$
Сфера 2. Сприйняття себе як еталона в оцінці інших	83	$72,8 \pm 8,2$	28	$24,6 \pm 7,9$	3	$2,6 \pm 1,9$
Сфера 3. Консервативність і категоричність в оцінках інших	57	$50,0 \pm 9,2$	50	$43,9 \pm 9,1$	7	$6,1 \pm 4,4$
Сфера 4. Невміння приховувати неприємні почуття, що виникають при зіткненні з некомунікабельними якістьями	61	$53,5 \pm 9,2$	47	$41,2 \pm 9,0$	6	$5,3 \pm 4,1$
Сфера 5. Прагнення змінити, виправити партнера	71	$62,3 \pm 8,9$	37	$32,5 \pm 8,6$	6	$5,3 \pm 4,1$
Сфера 6. Прагнення зробити партнера зручним, підігнати під себе	52	$45,6 \pm 9,1$	51	$44,7 \pm 9,1$	11	$9,7 \pm 5,4$
Сфера 7. Невміння прощати помилки, випадково завдану шкоду	51	$44,7 \pm 9,1$	55	$48,2 \pm 9,2$	8	$7,0 \pm 4,7$
Сфера 8. Нетерпимість до фізичного та психологічного дискомфорту, у якому опинився партнер	78	$68,4 \pm 8,5$	31	$27,2 \pm 8,2$	5	$4,4 \pm 2,8$
Сфера 9. Непристосованість до характеру, звичок іншого	68	$59,6 \pm 9,0$	43	$37,7 \pm 8,9$	3	$2,6 \pm 1,9$

демонструють толерантні установки, високий рівень інтолерантності притаманний лише 5 респондентам (4,4±2,8%). Здобувачі освіти здатні підтримувати партнера в станах стресу, емоційної напруги чи вразливості.

Сфери з найбільшими труднощами й ознаками інтолерантності.

Сфера 3. Консервативність і категоричність в оцінках інших: 57 респондентів (50,0±9,2%) продемонстрували низький рівень інтолерантності, 50 осіб (43,9±9,1%) мають середній рівень, 7 респондентів (6,1±4,4%) – високий. Частина респондентів схильна до категоричних оцінок, ригідності й упередженості.

Сфера 6. Прагнення «приспосувати» партнера під себе: 52 особи (45,6±9,1%) мають низький рівень інтолерантності, 51 респондент (44,7±9,1%) – середній рівень, 11 осіб (9,7±5,4%) – високий. Виявлено тенденцію до домінування та намагання підлаштовувати партнера під власні потреби.

Сфера 7. Невміння прощати помилки, випадкову шкоду: 51 особа (44,7±9,1%) має низький рівень інтолерантності, 55 осіб (48,2±9,2%) – середній, 8 респондентів (7,0±4,7%) – високий рівень інтолерантності. Виявлено труднощі з подоланням образ і відновленням взаємодії після конфлікту.

Інші сфери комунікативної толерантності.

Сфера 1. Уміння приймати індивідуальність іншого. У сфері 1 60,5±9,0% респондентів (n=69) проявляють толерантність, тоді як 37,7±8,9% (n=43) мають середній рівень, що свідчить про певні бар'єри в прийнятті індивідуальних особливостей інших людей.

Сфера 4. Невміння приховувати негативні почуття: 61 респондент (53,5±9,2%) – низький рівень інтолерантності, 47 осіб (41,2±9,0%) – середній. Виявлено труднощі в емоційній регуляції.

Сфера 5. Прагнення змінити партнера: 71 особа (62,3±8,9%) має низький рівень інтолерантності, 37 осіб (32,5±8,6%) – середній.

Сфера 9. Неприспосованість до характеру партнера: 68 респондентів (59,6±9,0%) – низький рівень інтолерантності, 43 студенти (37,7±8,9%) – середній. У частини здобувачів виявлено труднощі адаптації до індивідуальних особливостей партнерів.

Аналіз результатів показав, що в більшості сфер комунікативної толерантності переважають низькі рівні інтолерантності, що свідчить про загальну здатність здобувачів освіти приймати індивідуальність

іншого, підтримувати партнера в стані стресу й не оцінювати його виключно через власні стандарти.

Водночас у сферах, пов'язаних із консервативністю й категоричністю оцінок, прагненням «приспосувати» чи змінити партнера, а також труднощами з прощення помилок, виявлено помітну частку респондентів із середніми й підвищеними рівнями інтолерантності. Це вказує на наявність бар'єрів в емоційній регуляції, гнучкості та здатності відновлювати конструктивну взаємодію після конфлікту.

Отже, попри загалом сприятливий фон комунікативної толерантності, зберігається потреба в цілеспрямованому розвитку емоційно-комунікативних навичок майбутніх медичних сестер, зокрема в частині зниження категоричності, домінування й підвищення здатності до прощення й адаптації в спілкуванні.

Результати опитування особистісної готовності до змін (методика «Особистісна готовність до змін» А. Джерел, С. Хезер, М. Голд, К. Халл) – для оцінювання гнучкості мислення та здатності до адаптації представлено в таблиці 4.

Оцінювання особистісної готовності до змін серед здобувачів 2 та 4 курсів спеціальності «Медсестринство» показало загалом подібний профіль характеристик, без статистично значущих відмінностей між групами ($p > 0,05$). Це свідчить про те, що розвиток ключових якостей, необхідних для ефективних дій в умовах новизни, невизначеності чи трансформацій в професійному середовищі, за час навчання змінюється не суттєво, а базові психологічні особливості залишаються відносно стабільними.

1. Шкала «Пристрасть» – емоційна енергія, залученість, мотивація: 2 курс – 18,68±0,44; 4 курс – 19,52±0,60 ($p = 0,257$).

Обидві групи продемонстрували високий рівень енергійності й внутрішнього драйву, що свідчить про здатність студентів надійно включатися в активність, братися за нові ініціативи та підтримувати мотивацію в процесі навчання. Старшокурсники мають дещо вищі показники, що може бути проявом більш сформованої професійної ідентичності й розуміння цінності майбутньої професії.

2. Шкала «Винахідливість» – здатність знаходити нестандартні рішення: 2 курс – 19,35±0,38; 4 курс – 20,60±0,57 ($p = 0,063$).

Старшокурсники продемонстрували тенденцію до вищої винахідливості, тобто до здатності гнучко

Таблиця 4

Результати дослідження за методикою «Особистісна готовність до змін» (n=114)

Шкала	2 курс (M±m)	4 курс (M±m)	p
Пристрасть	18,68±0,44	19,52±0,60	0,257
Винахідливість	19,35±0,38	20,60±0,57	0,063
Оптимізм	18,19±0,40	18,38±0,56	0,788
Сміливість	19,91±0,38	20,93±0,39	0,067
Адаптивність	19,72±0,40	20,07±0,53	0,590
Упевненість	19,47±0,41	19,50±0,63	0,968
Толерантність до двозначності	20,53±0,38	20,95±0,48	0,408

реагувати на проблеми, шукати альтернативні шляхи й адаптуватися до непередбачуваних обставин. Це є важливою ознакою професійної зрілості, оскільки діяльність медсестри часто потребує оперативного прийняття рішень у складних, змінних умовах.

3. Шкала «Оптимізм» – позитивне ставлення до майбутнього та змін: 2 курс – $18,19 \pm 0,40$; 4 курс – $18,38 \pm 0,56$ ($p = 0,788$).

Показники оптимізму практично однакові. Це свідчить, що здобувачі обох курсів демонструють стійке позитивне налаштування, готовність очікувати сприятливих результатів і зберігати конструктивне бачення власної професійної перспективи.

4. Шкала «Сміливість» – готовність діяти, незважаючи на ризики: 2 курс – $19,91 \pm 0,38$; 4 курс – $20,93 \pm 0,39$ ($p = 0,067$).

Старшокурсники демонструють дещо вищу сміливість, що свідчить про все більшу впевненість у своїх рішеннях і готовність брати на себе відповідальність. Це важлива характеристика майбутніх фахівців, які працюватимуть у ситуаціях невідкладності й високої відповідальності.

5. Шкала «Адаптивність» – здатність підлаштуватися під нові обставини: 2 курс – $19,72 \pm 0,40$; 4 курс – $20,07 \pm 0,53$ ($p = 0,590$).

Показники адаптивності високі та мало відрізняються між групами, що означає, що здобувачі вже на ранніх етапах навчання мають розвинену гнучкість, здатність швидко переходити до нових умов роботи чи навчання, перебудовувати дії у випадку змін.

6. Шкала «Упевненість» – віра у власні можливості, самооцінка компетентності: 2 курс – $19,47 \pm 0,41$; 4 курс – $19,50 \pm 0,63$ ($p = 0,968$).

Практично ідентичні результати свідчать, що рівень упевненості у своїх силах формується доволі рано й майже не змінюється протягом навчання, що важливо для професії, де значення має внутрішній контроль і здатність приймати рішення.

7. Шкала «Толерантність до двозначності» – комфорт у ситуаціях невизначеності: 2 курс – $20,53 \pm 0,38$; 4 курс – $20,95 \pm 0,48$ ($p = 0,408$).

Обидва курси демонструють помірно високий рівень прийняття невизначеності, хоча старшокурсники відчують себе трохи впевненіше в неоднозначних ситуаціях. Це означає, що здобувачі можуть працювати в середовищі з недостатньою інформацією, невизначеними правилами чи непередбачуваними змінами.

Отже, здобувачі 2 та 4 курсів мають подібний рівень особистісної готовності до змін, що підтверджується відсутністю статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$). Найбільш розвиненими є якості, пов'язані з емоційною енергією, пошуковою активністю та вірою у власні можливості, що формує позитивний психологічний профіль майбутніх медичних сестер.

Водночас помірні показники сміливості й толерантності до двозначності вказують на певний психологічний дискомфорт у складних або непередбачуваних

ситуаціях, що може вимагати розвитку навичок адаптивного мислення, стресостійкості й професійної автономії.

Обговорення результатів дослідження

Отримані результати свідчать про загалом позитивне ставлення студентів спеціальності «Медсестринство» до людей з інвалідністю й відсутність відкрито дискримінаційних установок. За шкалою соціальної дистанції Е. Богардуса студенти обох курсів продемонстрували високий рівень соціальної прийнятності, однак простежується латентна соціальна дистанція, що проявляється в меншій готовності до тісного персонального контакту серед молодших курсів.

Старшокурсники частіше декларують готовність до дружніх і партнерських стосунків, що може бути пов'язано з більшим клінічним досвідом і сформованою професійною емпатією. Студенти 2 курсу переважно орієнтуються на формальні, професійно-орієнтовані види взаємодії.

Отримані результати збігаються з даними закордонних досліджень щодо ставлення студентів медсестринства до людей з інвалідністю. У США встановлено, що рівень соціальної дистанції зменшується зі зростанням практичного досвіду та кількості контактів із пацієнтами з інвалідністю. Подібні висновки зроблено в Канаді, де старшокурсники демонструють вищий рівень емпатії та прийняття, ніж студенти молодших курсів [21; 22].

У Великій Британії, відповідно до стандартів NMC, студенти старших курсів характеризуються більш сформованими навичками особистісної взаємодії та прийняття пацієнтів з інвалідністю [23]. Наявність латентної соціальної дистанції серед українських студентів молодших курсів узгоджується з результатами робіт в Іспанії й Польщі, де початкові етапи медсестринської освіти пов'язані з домінуванням формальних і професійно-обмежених контактів [24].

Скандинавські дослідження також підтверджують, що прийняття «інакшості» формується поступово та потребує багаторазового контакту з інклюзивним середовищем [25].

Показники комунікативної толерантності за методикою В. Бойка засвідчили переважання низьких рівнів толерантності. Це узгоджується з міжнародними дослідженнями, які підкреслюють необхідність спеціально організованих діалогічних та інтерактивних практик для розвитку соціальної взаємодії й інклюзивної компетентності [26].

Узагальнюючи результати українських здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство», маємо результати, які відповідають світовим тенденціям: позитивна базова установка є сформованою, однак комунікативна толерантність, емоційна гнучкість і здатність діяти в складних інклюзивних ситуаціях потребують цілеспрямованих освітніх втручань за моделлю NMC – Ради з медсестринства й акушерства Великої Британії,

ADA – федерального Закону США «Про американців з інвалідністю», Inclusive Nursing Curriculum – інклюзивної навчальної програми з медсестринства, що застосовується в університетах Канади.

Перспективи подальших досліджень

Дослідження впливу різних освітніх інтервенцій (тренінгів, практик прямого контакту, рефлексивних програм, міжпрофесійного навчання) на динаміку формування толерантності в здобувачів освіти.

Вивчення зв'язку між рівнем особистісної толерантності й ефективністю комунікативної взаємодії з людьми з інвалідністю в клінічних і реабілітаційних контекстах.

Висновки

Отже, на основі викладеного вище, можемо резюмувати таке:

1. Загальний рівень соціальної прийнятності людей з інвалідністю серед здобувачів освіти є високим, однак зберігається прихована соціальна дистанція, особливо серед студентів молодших курсів, які частіше обмежуються суто професійними контактами.

2. Комунікативна толерантність недостатньо сформована: понад половина студентів має низький рівень, а позитивної динаміки між курсами не виявлено.

3. Установлено розрив між декларованими переконаннями про рівність і реальними поведінковими установками, що проявляється в недостатній готовності до створення інклюзивного середовища та подолання власних стереотипів.

4. Особистісна готовність до змін і толерантність до невизначеності характеризуються стабільно помірним рівнем без істотних відмінностей між курсами, що свідчить про потребу в додаткових освітніх впливах.

5. Отримані результати підтверджують, що особистісна толерантність і комунікативна гнучкість є ключовими чинниками протидії гандикапізму й мають стати системною складовою професійної підготовки майбутніх медичних працівників.

6. Дослідження засвідчило, що хоча більшість здобувачів освіти демонструє низькі або середні рівні інтолерантності, проблемними залишаються сфери категоричності, прагнення до домінування й труднощів із пробаченням, що потребує цілеспрямованого розвитку через сучасні освітні технології.

Практичні рекомендації:

1. Інтегрувати в освітні програми обов'язкові теми з толерантності, інклюзивної культури, протидії гандикапізму та прав людей з інвалідністю.

2. Запровадити інтерактивні формати навчання: тренінги, симуляційні заняття, рольові ігри, кейс-методи – для розвитку емпатії, гнучкості спілкування та здатності діяти в умовах невизначеності.

3. Організувати безпосередню взаємодію студентів із людьми з інвалідністю через пацієнтів-експертів, волонтерські ініціативи й спільні освітні проекти.

4. Створити рефлексивні майданчики (щоденники спостережень, групові дискусії, супервізії) для осмислення власних емоційних реакцій і подолання прихованих стереотипів.

5. Проводити регулярну діагностику рівня толерантності з використанням стандартизованих методик для моніторингу динаміки розвитку студентів.

6. Використовувати результати дослідження під час оновлення освітньо-професійних програм, особливо в модулях «Професійна етика», «Психологія спілкування», «Інклюзивна медицина».

7. Розширити післядипломну підготовку медичних сестер у напрямі формування інклюзивних компетентностей і заплігання гандикапістським проявам у професійній діяльності.

Література

1. Міністерство соціальної політики України. Особам з інвалідністю. Київ; 2020. Доступно за: <https://old.msp.gov.ua/timeline/invalidnist.html>.
2. Shakespeare T. Disability: The Basics. London: Routledge; 2017. DOI: 10.4324/9781315624839.
3. Goodley D. Dis/ability Studies: Theorising disablism and ableism. London; New York: Routledge; 2014. DOI: 10.4324/9780203366974.
4. Runcan R. Ableism: Impairment, Disability, Handicap. Revista de Asistență Socială. 2022;21(1):55–64. Доступно за: https://www.researchgate.net/publication/359513329_The_Ablism_Impairment_Disability_Handicap.
5. Campbell FK. Contours of Ableism: The Production of Disability and Able-bodiedness. London: Palgrave Macmillan; 2009. DOI: 10.1057/9780230245181.
6. Ставицький ОО. Гандикапізм: психологічний аналіз. Рівне: Принт Хаус; 2013. 351 с. Доступно за: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=EC&P21DBN=EC&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=f ullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%A1%D1-%82%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%86%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D0%9E\\$](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=EC&P21DBN=EC&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=f ullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%A1%D1-%82%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%86%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D0%9E$).
7. Арц ОВ. Поняття симптомокомплексу гандикапу у психології інвалідності. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021;32(71):16. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.1/01>.
8. Арц ОВ. Теоретична модель особи з комплексом гандикапу та основні форми його прояву. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2021;2:7–13. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-1>.
9. Заграй ЛД. Пошук ідентичності у період суспільних трансформацій. Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. 2015;20(1):32–40. Доступно за: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_psi_2015_20_1_6.

10. Grech S, Soldatic K. Disability and colonialism: (dis)encounters and anxious intersectionalities. *Social Identities: Journal for the Study of Race, Nation and Culture*. 2015;21(1):1–5. DOI: <https://doi.org/10.1080/13504630.2014.995394>.
11. Чорний В. Українське суспільство на сучасному етапі: виклики та загрози. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2019;(3):179–194. Доступно за: <https://stmm.in.ua/archive/article.php?contentId=2201939&issue=2019-3>.
12. World Health Organization, World Bank. *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization; 2011. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.
13. Witenberg RT. *The Psychology of Tolerance: Conception and Development*. Singapore: Springer Singapore; 2019. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-981-13-3789-5>.
14. Бабчук ОГ. Психологічна характеристика толерантної та інтолерантної особистості. *Наука і освіта*. 2015;(10):116–121. Доступно за: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2015/JRN_10/22.pdf.
15. Павленко ВМ, Мельничук ММ. Психологія толерантності особистості (на матеріалі дослідження студентів): монографія. Полтава: ФОП Мирон ІА; 2014. 243 с. Доступно за: <http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/6564/1/Melnichuk.pdf>.
16. Mather M, Thayer JF. How heart rate variability affects emotion regulation brain networks. *Curr Opin Behav Sci*. 2018;19:98–104. DOI: 10.1016/j.cobeha.2017.12.017. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5761738/>.
17. Попов ОА. Толерантність у сучасному суспільстві: виклики та педагогічні підходи. *Освітньо-науковий проєкт*. 2024;6(1):32–39. DOI: 10.31392/ONP.2786-6890.6(1)/2.2024.04. Доступно на: <https://enpuir.udu.edu.ua/bitstreams/ea3036bf-587e-404c-a0d5-6d3d54d131f7/download>.
18. Verkuyten M, Kollar R. Tolerance and intolerance: Cultural meanings and discursive usage. *Culture and Psychology*. 2021;27(1):172–186. DOI: 10.1177/1354067X20984356.
19. Williams MR, Jackson AP. A New Definition of Tolerance. *Issues in Religion and Psychotherapy*. 2015;37(1):1–6. Available from: <https://scholarsarchive.byu.edu/irp/vol37/iss1/2/>.
20. Білаш ВП, Гринь ВГ, Свінцицька НЛ та ін. Формування толерантності майбутніх працівників охорони здоров'я. *Вісник проблем біології і медицини*. 2023;2(169)(доп.):33–34. DOI: <https://doi.org/10.29254/2523-4110-2023-2-169/addition-33-34>.
21. Edwards AP, Hekel BE. Appraisal of disability attitudes and curriculum of nursing students: a literature review. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 2021;18(1). DOI: <https://doi.org/10.1515/ijnes-2021-0029>.
22. Bingham H, O'Brien AJ. Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2018;27(1):311–319. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12322>.
23. Cannity KM, Banerjee SC, Hichenberg S, Leon-Nastasi AD, Howell F, Coyle N, Zaider T, Parker PA. Acceptability and efficacy of a communication skills training for nursing students: Building empathy and discussing complex situations. *Nurse Education in Practice*. 2021;50:102928. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102928>.
24. Gonzalez HC, Hsiao E-L. Disability Inclusion in Nursing Education. *Teaching and Learning in Nursing*. 2020;15(1):53–56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.08.012>.
25. Shpigelman CN, Zlotnick C, Brand R. Attitudes Toward Nursing Students With Disabilities: Promoting Social Inclusion. *Journal of Nursing Education*. 2016;55(8):441–449. DOI: <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-04>.
26. Fernandez-Villardón A, Alvarez P, Ugalde L, Tellado I. Fostering the social development of children with special educational needs or disabilities (SEND) through dialogue and interaction: a literature review. *Social Sciences*. 2020;9(6):97. DOI: 10.3390/socsci9060097 Available from: <https://www.mdpi.com/2076-0760/9/6/97>.

References

1. Ministerstvo sotsialnoi polityky Ukrainy. *Osobam z invalidnistiu*. Kyiv; 2020. Available from: <https://old.msp.gov.ua/time-line/invalidnist.htm>.
2. Shakespeare T. *Disability: The basics*. London: Routledge; 2017. Available from: <https://doi.org/10.4324/9781315624839>.
3. Goodley D. *Dis/ability studies: Theorising disablism and ableism*. London: Routledge; 2014. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203366974>.
4. Runcan R. Ableism: Impairment, disability, handicap. *Rev Asist Soc*. 2022;21(1):55–64.
5. Campbell FK. *Contours of ableism: The production of disability and abledness*. London: Palgrave Macmillan; 2009. Available from: <https://doi.org/10.1057/9780230245181>.
6. Stavyt'skyi OO. *Handykapizm: psykholohichnyy analiz*. Rivne: Prynt Khaus; 2013. [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=EC&P21DBN=EC&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=-fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%A1%D1-%82%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%86%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D0%9E\\$](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=EC&P21DBN=EC&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=-fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=A=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%A1%D1-%82%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%86%D1%8C%D0%BA%D0%B8%D0%B9%20%D0%9E$).
7. Arts OV. Ponyattya symptomokompleksu handykapu u psykholohiyi invalidnosti. *Vcheni zapysky Tavriyskoho natsionalnoho universytetu imeni V. I. Vernad'skoho. Seriya: Psykholohiya*. 2021;32(71):1–6. Available from: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.1/01>.
8. Arts OV. Teoretychna model osoby z kompleksom handykapu ta osnovni formy yoho proyavu. *Naukovyy visnyk Kher'sonskoho derzhavnogo universytetu. Seriya: Psykholohichni nauky*. 2021;(2):7–13. Available from: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-1>.
9. Zahray LD. Poshuk identychnosti u period suspilnykh transformatsiy. *Visnyk Odeskoho natsionalnoho universytetu. Seriya: Psykholohiya*. 2015;20(1):32–40.
10. Grech S, Soldatic K. Disability and colonialism: (Dis)encounters and anxious intersectionalities. *Soc Identities*. 2015;21(1):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1080/13504630.2014.995394>.
11. Chornyy V. *Ukrayinske suspilstvo na suchasnomu etapi: vyklyky ta zahrozy*. *Sotsiolohiia: teoriia, metody, marketynh*. 2019;(3):179–194.
12. World Health Organization, World Bank. *World report on disability*. Geneva: World Health Organization; 2011.

13. Witenberg RT. The psychology of tolerance: Conception and development. Singapore: Springer; 2019. Available from: <https://doi.org/10.1007/978-981-13-3789-5>.
14. Babchuk OH. Psykholohichna kharakterystyka tolerantnoyi ta intolerantnoyi osobystosti. *Nauka i osvita*. 2015;(10):116–121.
15. Pavlenko VM, Melnychuk MM. Psykholohiya tolerantnosti osobystosti (na materiali doslidzhennya studentiv). Vinnytsia: FOP Myron IA; 2014.
16. Mather M, Thayer JF. How heart rate variability affects emotion regulation brain networks. *Curr Opin Behav Sci*. 2018;19:98–104. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.017>.
17. Popov OA. Tolerantnist u suchasnomu suspilstvi: vyklyky ta pedahohichni pidkhody. *Osvitno-naukovyy prostrir*. 2024;6(1):32–39. Available from: [https://doi.org/10.31392/ONP.2786-6890.6\(1\)/2.2024.04](https://doi.org/10.31392/ONP.2786-6890.6(1)/2.2024.04).
18. Verkuyten M, Kollar R. Tolerance and intolerance: Cultural meanings and discursive usage. *Cult Psychol*. 2021;27(1):172–186. Available from: <https://doi.org/10.1177/1354067X20984356>.
19. Williams MR, Jackson AP. A new definition of tolerance. *Issues Relig Psychother*. 2015;37(1):1–6.
20. Bilash VP, Hryn VH, Svintsytska NL, Lysachenko OD, Bilanov OS, Katsenko AL, et al. Formuvannya tolerantnosti maybutnikh pratsivnykiv okhorony zdorovya. *Visnyk problem biolohii i medytsyny*. 2023;2(169 Suppl.):33–34. Available from: <https://doi.org/10.29254/2523-4110-2023-2-169/addition-33-34>.
21. Edwards AP, Hekel BE. Appraisal of disability attitudes and curriculum of nursing students: A literature review. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2021;18(1). Available from: <https://doi.org/10.1515/ijnes-2021-0029>.
22. Bingham H, O'Brien AJ. Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):311–319. Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.12322>.
23. Cannity KM, Banerjee SC, Hichenberg S, Leon-Nastasi AD, Howell F, Coyle N, et al. Acceptability and efficacy of a communication skills training for nursing students. *Nurse Educ Pract*. 2021;50:102928. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102928>.
24. Gonzalez HC, Hsiao E-L. Disability inclusion in nursing education. *Teach Learn Nurs*. 2020;15(1):53–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2019.08.012>.
25. Shpigelman CN, Zlotnick C, Brand R. Attitudes toward nursing students with disabilities: Promoting social inclusion. *J Nurs Educ*. 2016;55(8):441–449. Available from: <https://doi.org/10.3928/01484834-20160715-04>.
26. Fernandez-Villardón A, Alvarez P, Ugalde L, Tellado I. Fostering the social development of children with SEND through dialogue and interaction: A literature review. *Soc Sci*. 2020;9(6):97. Available from: <https://doi.org/10.3390/socsci9060097>.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати роль особистісної толерантності в протидії гандикапізму й емпірично оцінити рівень її сформованості в здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» з огляду на соціальну дистанцію, комунікативну толерантність, готовність до змін і толерантність до невизначеності.

Матеріали та методи. Обстежено 114 здобувачів освіти спеціальності «Медсестринство» Житомирського медичного інституту (74 – 2 курс, 40 – 4 курс; 106 жінок і 8 чоловіків віком 18–20 років). Використано шкалу соціальної дистанції Е. Богардуса, методику «Комунікативна толерантність» В. Бойка, опитувальник «Особистісна готовність до змін», методику «Толерантність до невизначеності» й авторський опитувальник «Толерантність як риса особистості». Статистичну обробку здійснено з використанням описової статистики, 95% довірчих інтервалів, критеріїв χ^2 Пірсона, Стьюдента й Манна-Уїтні ($p < 0,05$).

Результати. Виявлено високий рівень декларованої соціальної прийнятності людей з інвалідністю й готовність більшої частини студентів до спільного проживання та взаємодії; старшокурсники частіше допускають тісні особистісні контакти. Водночас у частини молодших курсів зберігається латентна соціальна дистанція, орієнтація на формалізовану професійну взаємодію та низький рівень комунікативної толерантності – недостатня гнучкість, схильність до категоричності, труднощі в прийнятті «іншості». Показники готовності до змін і толерантності до невизначеності є помірно високими, але поєднуються з дискомфортом у ситуаціях без чітких алгоритмів.

Висновки. Особистісна толерантність майбутніх медичних сестер є значущим чинником протидії гандикапізму, проте її ключові компоненти: комунікативна гнучкість, прийняття індивідуальності іншого, подолання категоричності, здатність діяти в умовах невизначеності – залишаються недостатньо розвиненими. Це обґрунтовує потребу інтеграції до освітніх програм спеціальних модулів із толерантної та ненасильницької комунікації, тренінгів взаємодії з людьми з інвалідністю й регулярної діагностики рівня толерантності для підвищення інклюзивної компетентності медичних працівників.

Ключові слова: гандикапізм, особистісна толерантність, комунікативна толерантність, соціальна дистанція, здобувачі освіти спеціальності «Медсестринство», інклюзивна компетентність, толерантність до невизначеності, готовність до змін.

Contemporary Ukrainian society, despite declared principles of equality and inclusion, maintains a considerable social distance toward people with disabilities. Within the social model of disability, increasing attention is paid to the concept of *handicap* as socially determined barriers and to *handicapism* as a system of prejudices that sustain inequality and foster the exclusion of groups of people with disabilities. Personal tolerance among healthcare professionals, particularly future nurses who provide the closest and longest-lasting interaction with patients and largely shape the inclusiveness of the medical environment, plays a special role in counteracting handicapism. At the same time, Ukrainian studies insufficiently address tolerance as an internal resource for overcoming handicapped attitudes among nursing students.

Purpose. To theoretically substantiate the role of personal tolerance in counteracting handicapism and to empirically assess its level among nursing students, taking into account components of social distance, communicative tolerance, readiness for change, and tolerance of uncertainty.

Materials and methods. The study was conducted at Zhytomyr Medical Institute of Zhytomyr Regional Council among 114 nursing students (74 second-year and 40 fourth-year students; 106 women and 8 men aged 18–20 years). The following instruments were used: E. Bogardus' Social Distance Scale, V. Boyko's "Communicative Tolerance" method, the "Personal Readiness to Change"

questionnaire (A. Dzherel, S. Hezer, M. Gold, K. Hall), a “Tolerance of Uncertainty” method, and the authors’ questionnaire “Tolerance as a Personality Trait”. Statistical processing included descriptive statistics, calculation of 95% confidence intervals, Pearson’s χ^2 test, Student’s t test for independent samples, and the Mann–Whitney U test ($p < 0.05$).

Results. According to E. Bogardus’s scale, a high level of social acceptability of people with disabilities was revealed: none of the respondents supported the idea of their isolation, the vast majority were ready to live together in the same society, and senior students more often than second-year students admitted close personal contacts (friendship, marriage). At the same time, a latent social distance persists among a part of junior students, manifested in an orientation toward formalized, predominantly professional forms of interaction. In most respondents, the level of communicative tolerance is low: more than half of the sample is characterized by insufficient flexibility of communicative attitudes, a tendency toward categorical judgments, and difficulties in forgiving mistakes and overcoming their own stereotypes. At the same time, pronounced emotional and behavioral resources are preserved, including declared empathy, willingness to support people with disabilities, and intolerance of openly discriminatory language. Indicators of personal readiness for change and tolerance of uncertainty are moderately high and relatively stable across years of study: future nurses demonstrate energy, resourcefulness, and a positive attitude toward the future, but experience a certain discomfort in situations where clear action algorithms are lacking.

Conclusions. Personal tolerance of future nurses is a key factor in counteracting handicapism; however, its structural components – communicative flexibility, the ability to accept another person’s individuality, overcoming categorical judgments, and readiness to act under conditions of uncertainty – remain underdeveloped and require targeted enhancement. The identified gap between declared values of equality and actual behavioral attitudes justifies the need to integrate special modules on tolerant and non-violent communication into educational programmes, training in interaction with people with disabilities, reflective practices, and regular assessment of tolerance levels. The obtained results can be used to update the content of nurse training, improve educational programs, and develop tools to strengthen the inclusive competence of healthcare professionals.

Key words: handicapism, personal tolerance, communicative tolerance, social distance, nursing students, inclusive competence, tolerance of uncertainty, readiness for change.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Гордійчук Світлана Вікторівна – доктор педагогічних наук, професор, в.о. ректора Житомирського медичного інституту ЖОР; вул. Велика Бердичівська, 45/15, м. Житомир, Україна, 10002.
Stepanovasvg77@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-4609-7613^{A, E, F}

Кірячок Марина Володимирівна – кандидат філологічних наук, доцент, доцент кафедри природничих і соціально-гуманітарних дисциплін, проректор з соціально-гуманітарного розвитку та міжнародного співробітництва Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради; вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002.
mkiryachok@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-0654-9542^{A, C, E}

Шатило Віктор Йосипович – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, радник ректора Житомирського медичного інституту ЖОР; вул. Велика Бердичівська, 45/15, м. Житомир, Україна, 10002.
shatylo.viktor@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-7362-4787^{C, D, E}

Гришук Сергій Миколайович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри технологій медичної діагностики, реабілітації та здоров’я людини Житомирського медичного інституту ЖОР; вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002.
zamlkzt@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-5553-8110^{B, C}

Лисенко Леся Іванівна – кандидат наук із соціальних комунікацій, доцент кафедри журналістики, магістрант освітньої програми «Кризова психологія. Соціально-психологічна реабілітація» Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г. Короленка; вул. Остроградського, 2, м. Полтава, Україна, 36003.
ffglesia.lys@gsuite.pnpu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-8564-9858^{B, C, E}

Дата першого надходження статті до видання: 13.12.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 11.03.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 15.04.2026