

Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра соціальної роботи

На правах рукопису

Макарова Катерина Андріївна

Доступність послуг психосоціальної підтримки для людей похилого віку

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня
бакалавра соціальної роботи

Науковий керівник:
кандидат соціологічних наук, доцент,
доцент кафедри соціальної роботи
Литва Людмила Андріївна

Допустити до захисту в ЕК
Кафедра соціальної роботи
Завідувач кафедри соціальної роботи
Кандидат соціологічних наук

(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1	7
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ПОСЛУГ З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗАКОРДОННІЙ ПРАКТИЦІ	7
1.1. Послуги психосоціальної підтримки у практичній діяльності соціального працівника.....	7
1.2. Нормативне забезпечення надання послуг з психосоціальної підтримки у вітчизняній практиці	16
1.3. Організаційно управлінські аспекти надання послуг з психосоціальної підтримки	23
1.4. Особливості надання послуг з психосоціальної підтримки людям старшого віку	28
Висновок до розділу 1	30
РОЗДІЛ 2	32
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ПОСЛУГ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	32
2.1 Програма емпіричного дослідження	32
2.2 Характеристика вибірки дослідження	36
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження	39
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3	57
ПРОГРАМА ЕДУКАЦІЙНИХ БЕСІД З ІНФОРМУВАННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРО ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ	57
3.1. Обґрунтування програми едукативних бесід	57
3.2 Аналіз результатів ефективності едукативних бесід з інформування про послуги психосоціальної підтримки	65
Висновки до розділу 3	70
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

Актуальність теми зумовлена тим, що старіння населення є однією з ключових демографічних тенденцій сучасного світу, що має значний вплив на різні аспекти соціально-економічного розвитку країн: економіку, соціальні системи та ринок праці. Хоча старіння населення та низька народжуваність є глобальними тенденціями для більшості розвинених держав, в Україні ця проблема стає дедалі гострішою і набула загрозливих масштабів через бойові дії. Повномасштабне вторгнення не лише спричинило масову міграцію молоді за кордон, а й різко знизило рівень народжуваності.

Масштаби демографічної кризи підтверджуються на офіційному рівні. Зокрема, Міністр соціальної політики, сім'ї та єдності Денис Улютін зазначив: «Україна входить до тридцяти країн світу із найстарішим населенням. Майже 22% українців – це люди віком 65 років і старше» [35].

І, в свою чергу, ці фактори створюють додаткове навантаження на державний бюджет України, зокрема на пенсійний фонд і систему соціального забезпечення. Економічні наслідки цього процесу давно є предметом наукового інтересу. Так, П. Даймонт та Дж. Міррліс у своїх працях підкреслюють, що зі зростанням частки літніх людей збільшується навантаження на системи соціального забезпечення, особливо пенсійні фонди [7]. Тому, в умовах обмежених фінансових ресурсів держави критичного значення набуває пошук ефективних інструментів підтримки якості життя літніх людей, серед яких провідну роль відіграє не лише матеріальна, а й соціально-психологічна допомога.

Розуміння потреб людей похилого віку неможливе без аналізу класичних концепцій геронтології, яка, з наукової точки зору, дає розуміння особливостей духовного, фізичного процесу старіння та соціальної психології, яка пояснює процеси соціалізації та адаптації в пізньому віці

[72]. Щодо соціалізації, то вона є важливим компонентом не тільки у житті людини літнього віку, але й загалом. Оскільки наслідки можуть мати не тільки психічний вплив, а й цілком помітні фізичні прояви, наприклад, підвищений ризик серцево-судинних захворювань, послаблення імунної системи, або підвищена смертність.

Однією з найвідоміших концепцій у цій сфері є теорія відчуження, яку розробили Е. Каммінгс і У. Генрі. Вона пояснює, що з віком відбувається природний процес віддалення особи від соціальних ролей та обов'язків. Це відчуження може бути ініційоване як самою особою, так і суспільством, що поступово знижує увагу до літніх людей. Теорія розглядає такий стан як підготовку до завершення життєвого шляху [82].

На противагу їй, теорія активності стверджує, що навіть у літньому віці люди прагнуть підтримувати ті самі соціальні ролі та активність, що й у молодшому віці. Успішне старіння, за цією теорією, визначається збереженням активної участі в суспільному житті та підтриманням емоційного благополуччя [79].

Порівняння основних теорій старіння демонструє їхній різний підхід до інтерпретації соціальних і психологічних змін у літньому віці. Якщо теорія відчуження розглядає старіння як поступовий процес відходу від активної соціальної ролі, акцентуючи увагу на природній соціальній ізоляції, то теорія активності робить акцент на тому, що літні люди можуть і повинні зберігати соціальну активність, якщо прагнуть досягти задоволення від життя на пізніх етапах. Вона наголошує на позитивному впливі соціальних контактів і участі в спільноті для загального добробуту, що є особливо важливим в умовах великих міст, де ризик соціальної ізоляції може відчуватися найгостріше [9].

Водночас дослідники визнають, що теорія активності може бути обмеженою, оскільки вона не завжди враховує об'єктивні перешкоди для збереження залученості, такі як погіршення здоров'я або обмежені фінансові

ресурси. Саме ці бар'єри не дозволяють літній людині самостійно підтримувати необхідний рівень соціалізації.

З огляду на це, забезпечення безбар'єрного доступу до зовнішніх ресурсів допомоги стає ключовим завданням соціальної роботи. Відтак, дослідження доступності послуг психосоціальної підтримки для людей похилого віку є своєчасним і вкрай необхідним кроком для формування ефективної системи соціального захисту в умовах сучасної демографічної ситуації.

Мета - дослідити можливості доступу людей похилого віку до отримання послуг психосоціальної підтримки.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні засади дослідження становлення системи психосоціальної підтримки для людей похилого віку.
2. Визначити особливості надання психосоціальної підтримки в умовах війни та її вплив на потреби людей старшого віку.
3. Емпірично дослідити практику надання послуг психосоціальної підтримки людям похилого віку в місті Києві в сучасних умовах.
4. Розробити та представити програму заходів з інформування людей похилого віку, про можливості отримання послуг психосоціальної підтримки в місті Києві.

Об'єкт дослідження – психосоціальна підтримка як інструмент в соціальній роботі.

Предмет дослідження – доступність послуг психосоціальної підтримки населенню старшого віку в місті Києві.

Гіпотеза дослідження - передбачається, що доступність психосоціальних послуг для літніх людей у Києві під час війни обмежується зовнішніми бар'єрами (інформаційними, логістичними, фінансовими, соціокультурними), а самотнє проживання підвищує рівень суб'єктивної

ізоляції, створюючи додатковий внутрішній бар'єр для самостійного звернення до соціальних установ.

Методи дослідження. У дослідженні використано теоретичні методи, зокрема аналіз, узагальнення та систематизацію наукової літератури, державних стандартів і нормативно-правової бази з проблеми дослідження.

Емпіричні методи - анкетування із застосуванням авторського опитувальника для виявлення бар'єрів доступу до допомоги та тестування за допомогою Трипунктової шкали самотності UCLA (TILS), а також кількісний і якісний аналіз отриманих результатів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ СИСТЕМИ ПОСЛУГ З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ТА ЗАКОРДОННІЙ ПРАКТИЦІ

1.1. Послуги психосоціальної підтримки у практичній діяльності соціального працівника

Послуги з психосоціальної підтримки є одним із базових інструментів у практичній діяльності соціального працівника. Варто зазначити, що це не просто формальна розмова, а цілком конкретний набір дій, спрямований на стабілізацію стану людини та вирішення її життєвих труднощів через роботу з її соціальним оточенням. Відповідно до визначення, яке використовує Міжнародний рух Червоного Хреста, психосоціальна підтримка охоплює заходи, що задовольняють як психологічні, так і соціальні потреби окремих осіб, сімей чи цілих спільнот, які перебувають у важкій життєвій ситуації[65].

Важливим кроком у нормативному регулюванні цієї сфери в Україні став Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118, який офіційно закріпив Порядок надання психосоціальної допомоги. Згідно з цим документом, психосоціальна допомога визначається як діяльність, спрямована на збереження психічного здоров'я, відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній та соціальній сферах, а також підвищення її залученості до суспільного життя [54]. У контексті практичного досвіду МБФ «Карітас України», це завдання конкретизується як сприяння психосоціальному добробуту людей, що постраждали від війни, через відновлення їхньої здатності самостійно справлятися зі стресовими обставинами та травматичними наслідками подій[28].

Отже, сама суть цієї послуги полягає у тісному взаємозв'язку між внутрішнім світом людини та її зовнішнім середовищем. У міжнародній практиці, зокрема в документах «Керівництва МПК (IASC) з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації», наголошується, що психологічний і соціальний компоненти неможливо розірвати. Соціальні негаразди безпосередньо псують емоційний стан, а психологічна нестабільність заважає людині нормально функціонувати в суспільстві. Тому соціальний працівник, надаючи таку послугу, має допомогти клієнту одночасно налагодити втрачені соціальні зв'язки та знайти внутрішні сили для подолання кризи [30].

На практиці послуги з психосоціальної підтримки означають те, що фахівець працює над полегшенням страждань людей, допомагаючи їм відновити нормальний рівень психосоціального добробуту. Сьогодні в Україні надання таких послуг структуроване за трьома рівнями [41], що дозволяє фахівцю чітко визначити межі своєї компетенції:

I.Первинний рівень - сюди входить надання першої психологічної допомоги та психосоціальний супровід для сприяння адаптації, та також здійснення профілактичних заходів для людей, які мають найвищий рівень потрапляння у складні життєві обставини. Така допомога надається безпосередньо при зверненні отримувача до надавача.

II.Вторинний рівень - спрямований на вирішення специфічних психологічних проблем, що виникли внаслідок травми або кризи і надається під час або після надання екстреної, первинної, спеціалізованої медичної допомоги та під час надання паліативної допомоги. Також на цьому рівні передбачені профілактичні заходи для сімей та осіб, які переживають стрес.

III.Третинний рівень - комплексна психосоціальна допомога у складі мультидисциплінарної команди, що має на меті відновити функціонування особи у різних сферах життя, задля повноцінного виходу із психологічної

кризи. Включає в себе методи психологічної та психотерапевтичної допомоги і розробляється за індивідуальним планом реабілітації.

Надання психосоціальної допомоги на вторинному та третинному рівнях надається за направленням лікуючого лікаря або надавача психосоціальної допомоги під час первинного рівня [41].

Для ефективної реалізації цих рівнів фахівці у своїй діяльності використовують комплекс заходів, що включають кризове втручання, першу психологічну допомогу (ППД), стабілізацію психоемоційного стану, розвиток життєстійкості громад та фахове перенаправлення до спеціалізованих служб за потреби. Тобто система підтримки передбачає поєднання групової та індивідуальної психоосвіти (психоедукації), сімейного консультування та активне залучення механізмів соціальної підтримки [38].

Для кращого розуміння структури цих втручань часто використовується піраміда рівнів підтримки (Рис. 1.1), яка демонструє перехід від базових послуг до спеціалізованої допомоги. Ця модель відповідає міжнародним стандартам МПК (IASC) та впроваджена в українську практику для розмежування базових послуг безпеки та спеціалізованої допомоги.



Рис. 1.1. Піраміда інтервенцій з психічного здоров'я та психосоціальної допомоги в умовах надзвичайної ситуації [30]

Для кращого розуміння специфіки надання допомоги на різних етапах, проаналізуємо кожен із рівнів цієї піраміди:

1. Базові послуги та безпека (фундамент піраміди). На цьому етапі благополуччя людей захищається шляхом відновлення та встановлення безпеки, забезпечення належного управління та задоволення основних фізичних потреб, сюди входить: їжа, житло, вода, медицина. Реагування у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) тут полягає у відстоюванні прав на ці послуги, моніторингу їхнього впливу на стан населення та забезпеченні їхнього надання у гідний спосіб із врахуванням соціокультурних особливостей. І у загальній картині це сприяє психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю [30].

2. Підтримка громади і сім'ї. Другий рівень орієнтований на вирішення проблем у надзвичайних ситуаціях людей, які здатні підтримувати власне психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя за наявності доступу до ключових видів підтримки в громаді й сім'ї. Допомога передбачає

відновлення сімейних зв'язків, проведення громадських обрядів зцілення та поминальних церемоній, програми підтримки батьківства, а також створення освітніх заходів та молодіжних чи жіночих клубів задля відновлення соціальних зв'язків [30].

3. Цільова неспеціалізована підтримка. Інтервенції третього рівня - підтримка, яка охоплює меншу кількість осіб і є для них обов'язковою. Вона зорієнтована на людей, які потребують більш індивідуалізованих, сімейних чи групових інтервенцій. Таку допомогу надають підготовлені працівники за відповідним наглядом супервізора за їхньою діяльністю. Прикладами є надання першої психологічної допомоги, психосоціальна підтримка постраждалих від гендерно зумовленого насильства та базові консультації з питань ментального здоров'я працівниками медико-санітарної допомоги [30].

4. Спеціалізовані послуги (вершина піраміди). Найвищий рівень інтервенцій спрямований на допомогу незначній кількості людей, які зазнають критичних труднощів у базовому функціонуванні. Цей етап передбачає залучення вузькопрофільних спеціалістів для надання спеціалізованої психологічної чи психіатричної підтримки пацієнтам із тяжкими психічними розладами у випадках, коли стандартних послуг загальної охорони здоров'я виявляється недостатньо [30].

Професійна діяльність соціального працівника в межах ПЗПСП вимагає виконання конкретних посадових обов'язків, які забезпечують ефективність супроводу. До них належать: здійснення оцінки потреб осіб (зокрема літніх мешканців та ВПО), прийом та реєстрація бенефіціарів, аналіз чинників соціально-психологічної напруги в громаді, а також формування в отримувачів послуг емоційно-вольової стійкості. Обов'язковим компонентом є ведення документації, моніторинг динаміки випадку та суворе дотримання етичного кодексу фахівця [37].

Зважаючи на описані міжнародні підходи до багаторівневої системи додаткової підтримки, яка задовільняє потреби різних груп, варто зазначити,

що в Україні надання психосоціальної підтримки має чітке законодавче регулювання, яке визначає, як саме фахівець має будувати свою роботу. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги», статті 1, пункту 4, головним орієнтиром є забезпечення найкращих інтересів отримувача [64]. Це означає, що соціальний працівник позбавлений права використовувати шаблонний підхід. Будь-які дії та рішення мають враховувати індивідуальні потреби отримувача послуг, її вік, стать, стан здоров'я, особливості інтелектуального та фізичного розвитку, належність до певної культури, етнічності, життєвий досвід та здатність висловлювати власну думку.

Законодавчо також внормовано метод ведення випадку, який з 2025 року став обов'язковим стандартом індивідуалізованої допомоги. Згідно із Законом України від 26.03.2025 «Про внесення змін до Закону України «Про соціальні послуги» щодо удосконалення порядку надання соціальних послуг», ведення випадку визначається як метод надання послуг, що передбачає виконання послідовних дій, тобто від аналізу заяви до оцінювання потреб, спрямованих на виведення особи або сім'ї із складних життєвих обставин. Цей метод є ключовим, оскільки він передбачає активну взаємодію соціального менеджера, фахівця з соціальної роботи та отримувача послуг з іншими залученими спеціалістами для досягнення найкращого результату та покращенню життєдіяльності індивіда. Чинниками, що можуть зумовити такі обставини, є: похилий вік, втрата рухової активності, пам'яті, невиліковні хвороби, психічні та поведінкові розлади [46].

Щодо практичної реалізації послуги, то вона включає у собі використання доказових методик, які дозволяють стабілізувати психоемоційний стан клієнта. Одним із ключових інструментів у роботі соціального працівника є техніки, викладені у посібнику Всесвітньої організації охорони здоров'я «Важливі навички в періоди стресу». Зокрема, використовується методика «заземлення», яка допомагає людині відволіктися

від болісних думок і повернутися в теперішній момент через зосередження на фізичних відчуттях. Також застосовується техніка «розчеплення», що вчить клієнта не ідентифікувати себе повністю зі своїми страхами чи негативними переживаннями [7].

Варто звернути увагу на те, що сучасні стандарти вимагають дотримання принципів безпеки, конфіденційності та поваги до гідності особи, що доповнюється впровадженням травмоутливого підходу. Це передбачає створення такого середовища підтримки, у якому кожен клієнт відчувається прийнятим та захищеним від повторної травматизації [38]. Критично важливим аспектом професійної діяльності є те, що надавач зобов'язаний поінформувати отримувача про мету та зміст процесу допомоги, а також забезпечити конфіденційність інформації, оскільки отримувач має право відмовитися від послуги у будь-який час [60].

Окрім цього, базовим стандартом є Перша психологічна допомога (ППД), що базується на принципах «дивитися, слухати та направляти». Ці методи дозволяють фахівцю не просто вислухати людину, а навчити її навичкам самодопомоги та саморегуляції [44]. В межах реалізації послуг психосоціальної підтримки важливо розрізняти рівні інтенсивності втручання. Зокрема, згідно з Наказом МОЗ № 2118, перша психологічна допомога (ППД) розглядається як невідкладний захід для стабілізації емоційного стану особи безпосередньо в кризовій ситуації [60]. Натомість кризове психологічне консультування спрямоване на роботу з глибшими станами, що загрожують життю чи здоров'ю (наприклад, суїцидальні наміри), і має на меті запобігання шкоді собі чи оточуючим. Для соціального працівника це розмежування є ключовим, оскільки дозволяє вчасно ідентифікувати потребу клієнта та залучити вузькопрофільних спеціалістів третинного рівня допомоги [41].

В Україні психосоціальну підтримку можна отримати як через спеціалізовані державні структури, так і через гуманітарні організації, які

поєднують у собі соціальну адаптацію та психологічну допомогу. До основних закладів та сервісів, які надають послуги з психосоціальної підтримки, належать:

Спеціалізовані державні установи та програми:

1. Державна підтримка, а саме програма «Ти як?». Вона надає психосоціальні послуги первинного рівня, які інтегровані в систему охорони здоров'я. Це означає, що тепер отримати психологічну допомогу можна під час звичайного візиту до сімейного лікаря. Якщо буде виявлено, що емоційний стан потребує глибшого втручання є можливість направлення до спеціалізованого фахівця. Варто зауважити, що це працює у медичних закладах, які підписали договори з НСЗУ на надання цього пакету послуг. Знайти їх можна скориставшись дашбордом НСЗУ, де на карті будуть відображені всі заклади, які надають первинну допомогу, або зателефонувавши за номером 16-77, і оператор підкаже адресу найближчого медзакладу. Також на сайті організації можна знайти різні види допомоги або проведення дозвілля в онлайн/ онлайн форматах [8].

2. Телефонна гаряча лінія «Стоп паніка» Інституту психіатрії КНУ. Безкоштовний, анонімний телефонний сервіс підтримки для людей, які переживають тривогу, паніку чи психологічну нестабільність. Формат телефонного дзвінка є максимально зручним для літніх пацієнтів, оскільки усуває потребу у впевненому використанні комп'ютерів чи смартфонів.

Контакти: єдиний безкоштовний номер 0 800 300 124 [11].

3. Застосунок «Київ Цифровий» та гаряча лінія «Київ поруч»

Вони є офіційними муніципальними сервісами психологічної підтримки від столичної влади. У застосунку створено інтерактивну «Мапу психологічної підтримки», де відображено понад 400 міських точок безкоштовної допомоги [31]. За допомогою фільтрів можна швидко знайти психологів у потрібному районі міста. Для літніх людей, які не користуються мобільними додатками, працює швидка телефонна служба підтримки, яка

може надати не лише психологічну допомогу, але й проконсультувати стосовно шляхів отримання різноманітних послуг.

Звернутися до гарячої лінії «Київ поруч» можна за номером: (044) 500-75-82[24].

Шлях у застосунку: «Міські сервіси» - «Мапи» - «Психологічна підтримка» [31].

4. Державні територіальні центри соціального обслуговування.

Установи, які функціонують у кожному районі міста. Звернувшись туди, літні люди, особи з інвалідністю та інші вразливі категорії громадян можуть безкоштовно отримати психосоціальну підтримку, побутову допомогу, а також широкий спектр соціальних послуг[14, 71].

Міжнародні гуманітарні організації:

1. Міжнародна організація з міграції (МОМ). Вона пропонує психосоціальну підтримку для переселенців та постраждалих від війни. Гаряча лінія емоційної підтримки за номером: 0800211444. Працюють щодня з 10:00 до 20:00 [39].

2. Фонд Червоного Хреста, який надає комплексну підтримку, включаючи першу психологічну допомогу та заходи для підвищення емоційної стійкості. Простори, в яких проводять групові заняття, арттерапію та сімейні заходи працюють у багатьох містах. Зв'язатися з ними можна подзвонивши за номером 0800332656 на гарячу лінію [65].

3. Людина в біді - чеська гуманітарна організація, яка надає безкоштовну цілодобову психологічну допомогу за номером 0 800 210 160 [83].

Благодійні фонди та громадські організації:

1. Карітас України. Мережа центрів по всій країні, що надають гуманітарну та психосоціальну допомогу вразливим категоріям. Розрахована для внутрішньо переміщених осіб (ВПО), людей з інвалідністю та на самотніх людей похилого віку [28].

2. Фонд «Життєлюб», який надає допомогу людям похилого віку, а саме можливість безкоштовно отримати психологічну підтримку, спонукає до активного способу життя - займатися спортом або хобі та проводить активну соціалізацію для «новеньких киян», які вимушено переїхали до Києва через війну. Гаряча лінія за номером: (099)6694934 [5].

3. Центр психосоціальної реабілітації НаУКМА. Це науково-практичний центр, який розробляє методики, за якими навчаються психологи, та, окрім цього, працюють у напрямку допомоги ветеранам, їхнім родинам та людям, які перебували в окупації або полоні. Надається фахова допомога через філії [75].

1.2. Нормативне забезпечення надання послуг з психосоціальної підтримки у вітчизняній практиці

Нормативно-правове забезпечення надання послуг з психосоціальної підтримки в Україні базується на багаторівневій системі актів, які регулюють стандарти, умови та механізми допомоги громадянам у складних життєвих обставинах. Фундаментом цієї діяльності є Конституція України, яка була проголошена 28.06.1996 р., та заклала ціннісно-правову базу для функціонування всієї системи соціального захисту та психологічної допомоги.

Відповідно до статті 1 Основного Закону, «Україна є суверенна і незалежна, демократична, **соціальна**, правова держава». Саме статус соціальної держави покладає на органи влади обов'язок створювати умови для повноцінного життя кожного громадянина. Якщо говорити про соціальну політику, то вона має забезпечувати відтворення людських ресурсів, і це закріплено у статті 3, де проголошується: «Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю». Ця норма є визначальною для сфери психосоціальної підтримки, оскільки ментальне здоров'я та психологічне благополуччя є

невід'ємною складовою здоров'я людини в цілому. Крім того, Конституція гарантує дотримання основних прав і свобод кожної особи, зокрема через призму соціального захисту. Так, згідно зі статтею 46, громадяни мають право на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом [32]. Таким чином, конституційні норми не лише проголошують гуманістичну спрямованість державної політики, а й стають конкретним ґрунтом для розробки механізмів психосоціальної підтримки, спрямованих на подолання громадянами складних життєвих обставин та реалізацію їхнього особистісного потенціалу.

Якщо говорити про сучасний етап розвитку галузі, то він характеризується переходом від фрагментарного регулювання до цілісної системи, що, в свою чергу, підвищує захист прав людини та надає стабільності системі надання послуг. Це найбільш закріплюється та базується на трьох важливих Законах та на наказах України:

1. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» (№ 4223-IX від 15.01.2025): він визначає правові та організаційні засади галузі [62].
2. Закон України «Про соціальні послуги» (в редакції 2025 року): регулює механізми надання допомоги через ведення випадку [46].
3. Наказ МОЗ № 2118 від 13.12.2023: затверджує галузеві стандарти та перелік послуг ПСП [54].

Щоб розуміти, чому саме вони є «трьома китами» нормативного забезпечення надання послуг з психосоціальної підтримки, варто розглянути їх детальніше.

1. У Законі України від 15.01.2025 № 4223-IX «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» [62]. Юридичність якої підтверджується його офіційним оприлюдненням у газеті «Голос України» -

офіційне видання Верхової Ради України, через що, в подальшому стало підставою для його остаточного введення в дію через один рік - 7 лютого 2026 року [63]. Він став революційним документом, що узаконив ПСП як кроссекторальну послугу. Це означає те, що вона об'єднує в собі компетенції, ресурси та зусилля з різних сфер, для вирішення складних життєвих питань, що постають перед фахівцями.

У межах цього закону ключове значення для соціальної роботи мають наступні правові нововведення:

- Статті 4-5 - гарантують отримувачам послуг захист від дискримінації чи стигматизації, право на вибір фахівця та обов'язкову інформовану згоду. Конфіденційність та захист персональних даних тепер підлягають суворому контролю через державні реєстри.

- Стаття 21 - запровадила інститут саморегулювних організацій. Це є добровільними об'єднаннями фахівців, які створюються для захисту прав та інтересів своїх членів та підвищення їхньої професійної компетентності. У цьому правовому акті найважливішим для захисту прав споживача є те, що організації розглядають скарги клієнтів та визначають механізми відшкодування шкоди у разі надання неякісних послуг. Також вони забезпечують безперервний професійний розвиток своїх членів, що є важливим для сучасних умов та викликів [62].

- Стаття 33 - виокремлює охорону психічного здоров'я на робочому місці і дозволяє роботодавцям розробляти та впроваджувати програми психосоціальної підтримки. Для людей передпенсійного віку це означає повний доступ до превентивної допомоги, ще до виходу на пенсію, що полегшує подальшу адаптацію [62].

- Стаття 39 - зазначає, що до 2031 року встановлено добровільну сертифікацію членів соціальної сфери. Тобто цей шестирічний період передбачений для того, щоб фахівці, які вже працюють на ринку, мали час адаптуватися до нових стандартів, пройти необхідне навчання та

підготуватися до іспитів без зупинки своєї діяльності. Після 2031 року наявність державного сертифіката стає обов'язковою для всіх надавачів послуг у сфері психічного здоров'я. Працювати без нього після завершення перехідного періоду буде неможливо. Це, для сфери соціальних послуг, постає гарантом якості та наряду надає впевненості у тому, що фахівець має змогу вирішити будь-які проблеми отримувача послуг, спираючись на свою компетентність [62].

2. Наступним і основним законодавчим актом, що регулює практичну сторону допомоги, є Закон України в редакції 26.03.2025 року № 4332-IX «Про внесення змін до Закону України «Про соціальні послуги» щодо удосконалення порядку надання соціальних послуг». В якому ключовою новацією стало обов'язкове ведення випадку згідно зі Статтею 18, що забезпечує системну допомогу за індивідуальним планом. Також у цьому законі важливо звернути увагу на статтю 23, яка легалізувала дистанційний формат надання послуг такі як онлайн-консультування та електронні договори, що є критично важливим для маломобільних груп. Також було запроваджено Єдиний Реєстр для прозорості діяльності надавачів та офіційно визнано роботу мультидисциплінарних команд, що об'єднують соціальних працівників, психологів та медиків. Ці зміни дозволили надавати ПСП екстрено протягом 72 годин у разі загрози життю [46].

3. Щодо сектора охорони здоров'я, то він регулюється Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню». У межах правового аналізу важливо зазначити, що цей документ офіційно легалізував ПСП як вид медичної допомоги, затвердивши Порядок її надання, вичерпний перелік із 20 психосоціальних послуг, а також список із 20 методів психотерапії з доведеною ефективністю та понад 400 валідних методик діагностики. На відміну від технологічного опису рівнів підтримки, у нормативному аспекті цей наказ закріплює право на отримання допомоги

амбулаторно, стаціонарно або за місцем перебування пацієнта, зокрема через цифрові інструменти телереабілітації, що є обов'язковим стандартом для всіх ліцензованих закладів охорони здоров'я [54].

Крім того, розвиток амбулаторної мережі підтримки літніх людей у 2025–2026 роках внаормовано Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.11.2024 № 1796 «Про затвердження Типового положення про Центр ментального (психічного) здоров'я у закладі охорони здоров'я», що дозволяє створювати спеціалізовані підрозділи безпосередньо в громадах. Не обійшлося і без професійних вимог до фахівців, бо було отримано нове правове підґрунтя: згідно з Наказом МОЗ України від 25.01.2023 № 138, клінічні психологи та психотерапевти зобов'язані проходити 40 годин безперервного професійного розвитку щороку і це є обов'язковою вимогою. Це є юридичною гарантією того, що фахівець постійно оновлює свої знання, навіть поки триває добровільний етап сертифікації, про який було зазначено вище [41].

Для того, щоб послуга була якісною та однаковою в різних регіонах, в Україні діє система державних стандартів. Кожен стандарт - це детальна інструкція для соціального працівника.

До основних можна віднести :

1. Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації. Враховуючи специфіку даної кваліфікаційної роботи, цей стандарт є основоположним, оскільки він спрямований на активне пристосування осіб похилого віку до змінених умов соціального середовища. Цей стандарт визначає зміст послуги як комплекс заходів для активного гармонійного пристосування осіб похилого віку до змінених умов соціального середовища. Основними заходами є допомога в аналізі життєвої ситуації, надання інформації з питань соціального захисту, представництво інтересів та психологічна допомога для підтримки соціальної незалежності та активності [48].

2. Державний стандарт соціальної послуги консультування, який регламентує проведення індивідуальних і групових зустрічей, а також особливості дистанційної допомоги. Послуга спрямована на відновлення психосоціальної рівноваги отримувача та пошук ресурсів для подолання життєвих труднощів. Стандарт встановлює проведення як індивідуальних, так і групових чи сімейних зустрічей, а також визначає особливості дистанційної допомоги, що стала критично важливою в умовах сьогодення [49].

3. Державний стандарт соціальної послуги кризового та екстреного втручання. Він унормовує термінову допомогу при загрозі життю чи здоров'ю. Обов'язковим правилом є проведення оцінки потреб клієнта протягом 24 годин з моменту звернення, а сама послуга надається безперервно до 72 годин до повної стабілізації стану. Вона включає кризове консультування, допомогу у взаємодії з іншими службами та, за потреби, надання тимчасового притулку [50].

4. Державний стандарт соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей [51], є надзвичайно важливим і передбачає двоетапну модель адаптації, де перший проводиться одноразово в рекреаційному або реабілітаційному закладі для первинної психологічної стабілізації і триває від 7 до 14 днів, спрямований на відновлення ментального та фізичного здоров'я ветерана та його родини. Другий етап включає у себе індивідуальний супровід тривалістю до 6 місяців за місцем проживання, з можливістю продовження терміну, якщо не вдалось отримати бажаних результатів. Роботу здійснює мультидисциплінарна команда в яку зазвичай входять: психолог, соціальний працівник, юрист, і яка має на меті відновлення сімейних зв'язків та становлення професійного розвитку [51].

Розглянувши змістовне наповнення та державні стандарти, необхідно звернутися до організаційного рівня їх забезпечення. Практична реалізація зазначених стандартів та надання якісної психосоціальної підтримки

потребує відповідної інфраструктури. Базовим документом, що визначає організаційні засади надання соціальних послуг на місцях, є Постанова Кабінету Міністрів України від 03.03.2020 № 177 «Про затвердження Типового положення про центр надання соціальних послуг». Цей правовий акт закладає певний фундамент для функціонування в територіальних громадах єдиної установи, головним завданням якої є виявлення осіб у складних життєвих обставинах, оцінка їхніх потреб та забезпечення надання необхідних послуг, зокрема соціальної адаптації та консультування [14]. Водночас, реагуючи на сучасні виклики та потребу в посиленій психосоціальній допомозі, держава запровадила інноваційний підхід, закріплений Постановою КМУ від 19.11.2025 № 1505 «Деякі питання реалізації експериментального проєкту з організації надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості в територіальних громадах». Цей документ реалізує діяльність Центрів життєстійкості, які створюються як повністю інклюзивні та безбар'єрні простори. Їхня робота фокусується на новому рівні підтримки, яка ґрунтується на зниженні загального рівня стресу населення, наданні комплексної психосоціальної допомоги за принципом «дружнього простору», супроводі ветеранів та координації волонтерських ініціатив у відповідних громадах [15].

Що до професійної діяльності фахівців, то вона базується на етичних стандартах, закріплених у Етичному кодексі Національної психологічної асоціації, який був створений на основі європейських регламентів і фокусується на психологічній безпеці. Включаючи у себе правила конфідесійності, інформовану згоду, межі компетентності фахівця. Ще однією базою є Етичний кодекс соціального працівника та соціального педагога України, в якому акцент зміщується на соціальну інтеграцію та права людини у суспільстві [21].

Контроль за якістю надання допомоги здійснюється відповідно до спеціальних рекомендацій, які включають шкали оцінювання та методики моніторингу задоволеності клієнтів [52].

Таким чином, законодавство України створює повну базу для того, щоб психосоціальна підтримка була не просто формальністю, а професійним і структурованим сервісом.

1.3. Організаційно управлінські аспекти надання послуг з психосоціальної підтримки

Організаційно-управлінські аспекти надання послуг з психосоціальної підтримки в Україні зазнали суттєвої трансформації, що дозволило сформувати багаторівневу систему взаємодії між державними структурами, громадським сектором та приватними надавачами. Центральним управлінським механізмом у цій сфері є Реєстр надавачів та отримувачів соціальних послуг, який дозволяє державі здійснювати моніторинг діяльності всіх суб'єктів та забезпечувати прозорість процесу надання допомоги [61]. Згідно з чинним законодавством, право на надання соціально-психологічних послуг мають як юридичні особи та фізичні особи-підприємці, так і фізичні особи, які надають допомогу на непрофесійній основі без провадження підприємницької діяльності [64].

Державна система надання послуг координується Міністерством соціальної політики України та місцевими органами самоврядування і структурована за трьома основними напрямками.

По-перше, територіальні центри соціального обслуговування відіграють провідну роль у цій структурі, відповідаючи за виявлення осіб у складних життєвих обставинах та організацію безпосередньої допомоги. Управління таким центром базується на принципах підзвітності місцевій владі: засновник, тобто рада громади, затверджує структуру та фінансування, а директор, призначений на конкурсній основі, здійснює оперативне

керівництво та відповідає за якість послуг. У структурі ТЦСО обов'язково функціонують відділення денного перебування та кабінети психологів, де клієнти можуть отримати індивідуальні поради та емоційну підтримку [71]. Фінансування ТЦСО забезпечується місцевими бюджетами та державними субвенціями [14].

По-друге, Центри життєстійкості представляють інноваційну модель у вигляді безбар'єрних хабів у громадах. Управління в них здійснює соціальний менеджер, який координує команду фахівців із соціальної роботи та волонтерів, фокусуючись на груповій роботі та розвитку стресостійкості громади. Діяльність таких центрів фінансується за рахунок Державного бюджету (як експериментальний проєкт) та підтримки міжнародних донорів, зокрема ЮНІСЕФ [37].

По-третє, первинна медична ланка стала важливим інноваційним елементом управління через інтеграцію психосоціальної підтримки у систему охорони здоров'я за програмою BOOЗ mhGAP. Це дозволяє сімейним лікарям, терапевтам та педіатрам, які пройшли сертифікацію, надавати базову психологічну допомогу безпосередньо в амбулаторіях. Послуги оплачуються через Програму медичних гарантій Національної служби здоров'я України [44].

Якщо говорити про недержавний сектор, що об'єднує благодійні фонди та громадські організації, то він є критично важливим партнером держави. Управління в цьому секторі часто базується на гнучкому проєктному менеджменті та суворому дотриманні міжнародних стандартів, зокрема «Керівництва МПК (IASC) з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» [30]. Держава активно залучає ці організації через законодавчо закріплений механізм соціального замовлення, що передбачає проведення відкритих конкурсів та закупівлю послуг за бюджетні кошти. Це дозволяє громадам делегувати надання складних

психосоціальних послуг професійним неурядовим організаціям, зберігаючи при цьому контроль за якістю [39].

Загалом процес соціального замовлення у 2025–2026 роках реалізується у три послідовні етапи:

1. формування замовлення територіальною громадою на основі аналізу потреб населення;
2. виконання замовлення через конкурс надавачів, де НУО змагаються за право реалізації програм;
3. проведення комплексного моніторингу та оцінки якості наданих послуг із обов'язковим поданням звітності державним органам [57]. Така модель забезпечує спільну взаємодію фіхівців з різних сфер, де ПЗПСП інтегрується в інші пріоритети допомоги, такі як захист, житло та згуртованість громад [39].

Варто звернути увагу на ще одну ланку організаційних форм психосоціальної підтримки, а саме на приватну практику психологів у формі фізичних осіб-підприємців (ФОП). Це спрямовано на фахівців, які хочуть рухатись в сферу соціальних послуг та легалізувати свою діяльність. Такий крок є найбільш раціональним, бо дозволяє активізувати свою діяльність при мінімальних адміністративних витратах. Однак процес реєстрації вимагає глибокого розуміння Класифікації видів економічної діяльності (КВЕД), оскільки неправильний вибір кодів може призвести до податкових ризиків, неможливості застосування спрощеної системи оподаткування або відмови у включенні до державних реєстрів.

Центральним елементом ідентифікації діяльності є вибір основного КВЕД. Наприклад, для професійних психологів, психотерапевтів та психоаналітиків головним кодом визначено 86.90 «Інша діяльність у сфері охорони здоров'я». Цей код охоплює діяльність персоналу, який не є лікарями, але надає медико-психологічні послуги, включаючи психоаналіз та психотерапію. Важливо розуміти, що використання цього коду накладає на

фахівця певні зобов'язання щодо кваліфікації, оскільки він пов'язаний з медичною сферою, хоча надання допомоги у випадках, що не потребують медичного втручання, не завжди вимагає медичної ліцензії.

Окрім основного КВЕД, управлінська гнучкість ФОП забезпечується реєстрацією додаткових кодів, що дозволяє розширювати спектр послуг від індивідуального консультування до проведення масштабних освітніх заходів та співпраці з державними структурами.

З точки зору фінансової звітності, найбільш пріоритетною серед фізичних осіб є II група єдиного податку для роботи з населенням, оскільки фіксованою ставкою є 320 грн на місяць при ліміті доходу до 1,34 млн грн або III група (5% від доходу) для співпраці з іноземними замовниками та юридичними особами. Важливим аспектом управління є фіскальна дисципліна: згідно із Законом №265/95-ВР, психологи-ФОП зобов'язані використовувати реєстратори розрахункових операцій (РРО/ПРРО) у разі прийому готівкових коштів або оплат через POS-термінали. Основними управлінськими документами у ФОП-практиці є банківські виписки, акти приймання-передачі наданих послуг та квитанції про оплату, що підтверджують прозорість діяльності [29, 47].

Управління якістю в приватному секторі, особливо при роботі з чутливими категоріями (ветерани, літні люди), вимагає дотримання суворих професійних стандартів. Згідно з вимогами Міністерства у справах ветеранів України, надавачі приватних послуг повинні обов'язково проходити регулярні супервізії та мати сертифікацію за міжнародно визнаними методами з доведеною ефективністю, наприклад, когнітивно-поведінкова терапія. Це гарантує захист клієнта від некомпетентного втручання та забезпечує високу результативність підтримки [21].

Формати надання послуг у 2026 році чітко регламентовані за технічними та безпековими критеріями:

1. Офлайн-формат. Згідно з Наказом МОН № 864 та оновленими нормами МОЗ 2025 року, кабінет психосоціальної підтримки повинен мати площу не менше 12 кв. м, забезпечувати повну звукоізоляцію та відповідати вимогам безбар'єрності, таких як: розташування на першому поверсі, розширені дверні прорізи, наявність пандусів відповідно до стандарту. Також важливим є підхід до інтер'єру - стіни мають бути прохолодних тонів у сонячних приміщеннях та теплих де бракує освітлення. Це, своєю чергою, має непомітний вплив на емоційну стабілізацію клієнта [18]. Протягом 2025-2026 років на базі медичних центрів в Україні за підтримки Світового Банку облаштовано 60 спеціалізованих просторів психологічного розвантаження [6].

2. Онлайн-формат - надання послуг через відеозв'язок, телефон або чат-боти у месенджерах . Це регулюється «Порядком надання послуг у сфері психічного здоров'я з використанням інформаційно-комунікаційних технологій», прийнятим у грудні 2025 року. Документ вимагає від фахівця використання захищених каналів зв'язку, отримання цифрової інформованої згоди та забезпечення конфіденційності, так само як і під час очного прийому. Послуги можуть надаватися синхронно, тобто в реальному часі - це телефонна розмова або відеозв'язок та асинхронно - через повідомлення. Це дозволяє подолати географічні бар'єри та забезпечити доступність послуг для маломобільних груп населення, що є особливо критичним в умовах воєнного стану. Важливим моментом під час онлайн-зустрічі є те, що фахівець зобов'язаний припинити онлайн-консультацію та викликати екстрені служби у разі виявлення невідкладного стану або загрози життю клієнта [58].

Підсумовуючи все вищезазначене, можна чітко сказати, що організаційна модель надання психосоціальної підтримки в Україні станом на 2026 рік є мультисекторальною, цифровою та орієнтованою на швидке реагування через поєднання зусиль державних органів, бізнесу та громадянського суспільства.

1.4. Особливості надання послуг з психосоціальної підтримки людям старшого віку

Послуги із психосоціальної підтримки людям похилого віку в умовах сучасної України є надзвичайно актуальними і визначаються глибокою демографічною кризою, зумовленою поєднанням стрімкого старіння населення, масовою еміграцією, соціально-економічної нестабільності та руйнівними наслідками повномасштабної війни. Психосоціальна допомога у цьому контексті розглядається як комплексна підтримка, спрямована на захист благополуччя та вирішення проблем психічного здоров'я, що охоплює як внутрішні переживання, що включає думки, емоції, так і соціальні взаємини з родиною та громадою [70].

На національному рівні статус цієї категорії закріплений у Законі України від 16.12.1993 № 3721-XII «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні». Згідно зі статтею 10 цього цього Закону, громадянами похилого віку визнаються особи, які досягли пенсійного віку, а також ті, кому до цього віку залишилося не більше ніж півтора року [32].

Ця категорія громадян перебуває у групі найбільшого ризику, бо згідно з даними міжнародної організації HelpAge International, частка людей старшого віку, які постраждали від бойових дій в Україні, є значно вищою порівняно з будь-яким іншим активним світовим конфліктом, що вимагає негайного вдосконалення науково обґрунтованих підходів до надання їм допомоги [78].

Важливим теоретичним фундаментом для розуміння потреб цієї групи є концепція геронтолога П. Ласлетта, який розмежовує третій вік як період активної старості та четвертий вік, що характеризується прогресуючою немічністю та критичною потребою у сторонній підтримці[16].

Одним із найбільш загострених чинників, що перешкоджають отриманню психосоціальної підтримки, є фінансове благополуччя, оскільки

вихід на пенсію супроводжується різким скороченням прибутку, а мінімальні соціальні виплати часто не покривають навіть базові потреби [67]. Економічні виклики посилюються зі зростанням вартості житлово-комунальних послуг, цін на їжу та на товари необхідних для побуту та також обмеженими можливостями працевлаштування, що змушує літніх людей економити на послугах психологічного характеру, спонукає до самоізоляції та економії на транспорті, необхідному для відвідування центрів допомоги, сприймаючи їх як другорядні порівняно з фізичним виживанням [3].

Наступним вагомим бар'єром є стан фізичного здоров'я та вікові психофізіологічні зміни, такі як погіршення зору, слуху, рухової активності, когнітивна ригідність та загальне зниження життєвого тону, що робить літніх людей менш мобільною групою та ускладнює їхній доступ до центрів надання допомоги [22]. А такі хронічні захворювання, наприклад, як гіпертензія чи хвороба Паркінсона, можуть унеможливлювати комунікацію із фахівцями та загалом стають перешкодою для отримання допомоги [40].

Психологічне старіння, що полягає у зміні ставлення особистості до власного життя, часто супроводжується депресивними станами, втратою сенсу буття та виникненням так званої вузликової кризи, коли людина починає жити лише очікуванням смерті [72]. Фахівці також виділяють такі специфічні зміни, як зниження вольової активності, апатія та надмірна ностальгія, які заважають клієнту фокусуватися на вирішенні поточних проблем [23].

Ще однією, не менш серйозною, перешкодою є соціальна ізоляція та руйнування традиційних сімейних зв'язків, зокрема через еміграцію молоді внаслідок війни в країні або втрату друзів, знайомих, партнера, що призводить до глибокого відчуття самотності, яке стає серйозною перешкодою для звернення за професійною допомогою [68].

Особливе місце серед перешкод займає неприйняття того, що хтось може допомогти тим більш у психологічному напрямку, оскільки це на

пряму може асоціюватися зі слабкістю/власною неспроможністю або ж ненормальністю. У цьому велику роль відіграють стереотипи, які притамані людям старшого віку, а саме думка про те, що проблеми просто треба «перетерпіти» [76].

Важливим чинником, який часто ігнорується, є брак цифрових навичок. В умовах цифровізації соціальних послуг, наприклад, таких як: запис до лікаря в застосунку «Helsi», оформлення субсидій через «Дію», літні люди опиняються в ізоляції. За даними опитування КМІС (2024), лише 30% українців у віці 70+ користуються електронними сервісами, а 27% пенсіонерів відмовляються від послуг саме через брак навичок [1].

Щодо внутрішньо переміщених осіб літнього віку, то вони стикаються з додатковими проблемами відриву від звичного середовища та складністю адаптації в нових громадах, що потребує від соціальних працівників застосування кризового та екстреного втручання [20].

Організаційно-адміністративні недоліки системи, такі як відсутність повної інформації про доступні послуги, складні процедури оформлення документів та погана транспортна доступність установ, часто стають вирішальними факторами відмови від допомоги [13].

Таким чином, особливості надання психосоціальної підтримки в Україні полягають у подоланні комплексної дії матеріальних, фізичних та соціальних бар'єрів через впровадження інноваційних моделей роботи та забезпечення гідного рівня життя цієї вразливої категорії громадян.

Висновок до розділу 1

Аналіз наукових джерел та нормативної бази дає змогу стверджувати, що послуги з психосоціальної підтримки сьогодні є невід'ємною частиною практичної діяльності у соціальній сфері. В основі такої допомоги лежить нерозривне поєднання психологічної стабілізації та налагодження соціальних зв'язків людини. Застосування багаторівневої моделі втручання дозволяє чітко

розподілити обов'язки між фахівцями різного профілю - від надання базової підтримки на рівні громади до залучення спеціалізованих експертів у кризових ситуаціях.

Правове регулювання цієї галузі в Україні демонструє активний розвиток та перехід до єдиних стандартів. Конституція України та закони, що регулюють систему соціальних послуг та підтримку ментального здоров'я, створюють надійну правову основу для допомоги громадянам. Важливим нововведенням є обов'язкове впровадження методу ведення випадку, який гарантує індивідуальний підхід до кожної людини, а також офіційне визнання дистанційних послуг і мобільних форматів роботи, що значно підвищує їхню доступність.

Організація цієї системи в містах координується як державними органами, так і недержавним сектором. Ефективна співпраця між територіальними центрами та громадськими організаціями через соціальне замовлення дозволяє оперативно реагувати на виклики війни. При цьому особлива увага приділяється безпеці просторів підтримки, наявності укриттів та дотриманню правил конфіденційності як під час особистих зустрічей, так і в режимі онлайн.

У центрі уваги роботи перебувають люди старшого віку, які в умовах війни виявилися найбільш вразливою групою. Вони стикаються з комплексом складних проблем: від фінансових труднощів та погіршення здоров'я до глибокої самотності та браку цифрових навичок для користування сучасними послугами. Стереотипи минулого часто заважають їм самотійно просити про допомогу, створюючи внутрішній психологічний бар'єр. Теоретичне узагальнення виявлених проблем доводить потребу в зміні підходів до організації допомоги - переході від очікування звернень до проактивного виявлення потреб літніх людей, що висуває на перший план необхідність детального вивчення реальних інформаційних та соціальних бар'єрів на практиці.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ПОСЛУГ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

2.1 Програма емпіричного дослідження

Перехід від теоретичного аналізу проблеми до її практичного вивчення потребує чіткої організації, плану дій та є ключовим етапом будь-якої наукової роботи. В даному випадку це надає можливість побачити реальну картину життя літніх людей під час війни, вивчити ступінь їхньої поінформованості щодо послуг психосоціальної підтримки та проаналізувати бар'єри, які заважають звернутися до фахівців. Оскільки у першому розділі було з'ясовано, що система підтримки літніх людей має бути комплексною, постає необхідність перевірити, як ці механізми працюють у реальному житті. Саме тому практична частина роботи спрямована на перевірку теоретичних положень щодо бар'єрів, які заважають людям старшого віку отримувати допомогу в умовах великого міста під час війни.

Основною метою емпіричного дослідження є виявлення реального стану поінформованості літніх киян про наявні сервіси, оцінка їхнього психоемоційного стану та аналіз чинників, що обмежують доступність до психосоціальних послуг. Об'єктом вивчення виступає психосоціальна підтримка як важливий інструмент допомоги вразливим категоріям населення у практичній діяльності соціального працівника, а предметом - територіальна, інформаційна та психологічна доступність цих послуг для мешканців Києва в сучасних умовах.

Щодо гіпотези дослідження, то передбачається, що доступність послуг психосоціальної підтримки для людей похилого віку в місті Києві в умовах воєнного стану суттєво обмежується комплексом взаємопов'язаних бар'єрів, а саме: інформаційних, фізично-транспортних, фінансових та соціокультурних, причому рівень суб'єктивної самотності та соціальної

ізоляції є статистично вищим серед осіб, які проживають самотійно, що виступає додатковим внутрішнім бар'єром, який заважає літній людині самотійно звернутися за допомогою до спеціалізованих соціальних установ.

Програма дослідження реалізовувалася у три послідовні етапи. На першому, підготовчому, увага була спрямована на розробку та пошук діагностичного інструментарію, основою якого став авторський опитувальник, розрахований на вивчення соціально-демографічних характеристик, досвіду звернення за допомогою та суб'єктивної оцінки зручності розташування установ. На цьому ж етапі для повноти аналізу було прийнято рішення, що компонентом діагностичного комплексу має стати Трипунктова шкала самотності, інтегрована в авторський опитувальник для точного визначення рівня соціальної ізоляції респондентів у літньому віці.

Другий етап передбачав безпосередній збір даних через онлайн-опитувальники та особисте анкетування, що дозволило охопити різні групи за рівнем цифрової грамотності.

Третій етап був присвячений кількісному та якісному аналізу результатів, інтерпретації отриманих показників та формулюванню емпіричних висновків, які стануть основою для розробки подальших рекомендацій та практичних дій.

Для досягнення мети дослідження використовувались теоретичні, емпіричні та математико-статистичні методи аналізу. До першої групи належали аналіз, узагальнення, порівняння та систематизація наукових джерел, законодавчої бази й нормативно-правового забезпечення надання послуг в Україні. Емпірична частина роботи реалізовувалася шляхом проведення анкетування за допомогою комплексного інструментарію, який у результаті містить двадцять два структуровані запитання й дає змогу якісно проаналізувати сутність порушеної проблематики. Сюди увійшли авторський опитувальник та Трипунктова шкала самотності (The Three-Item Loneliness Scale), яка була розроблена М. Е. Х'юз, Л. Вейт, Л. Хоклі та Дж. Качіоппо у

2004 році [80] на основі класичної 20-пунктової методики UCLA Д. Рассела [84]. Застосування скороченого варіанта є обґрунтованим з огляду на необхідність швидкої та безбар'єрної діагностики, що мінімізує втому та когнітивне навантаження на респондентів похилого віку.

Перша частина інструментарію - авторський опитувальник - розроблялась з урахуванням специфіки сприйняття інформації людьми літнього віку. Текст анкети було надруковано читабельним шрифтом, її заповнення не займало багато часу у респондентів, а самі запитання були сформульовані простою й зрозумілою мовою. Ці дев'ятнадцять запитань були логічно розподілені за шістьма тематичними блоками. Перший блок фіксував соціально-демографічні характеристики респондентів, що дозволило зафіксувати стать, вік, район проживання, сімейний стан та наявність статусу внутрішньо переміщеної особи. Другий блок визначав оцінку впливу воєнних дій на емоційний стан та провідні джерела стресу літніх людей. Третій блок вимірював рівень поінформованості про доступні послуги з психосоціальної підтримки та аналізував канали отримання соціальної інформації, включаючи використання цифрових технологій. Четвертий блок досліджував практичний досвід звернень за підтримкою протягом останніх двох років, оцінку рівня задоволеності отриманою допомогою та супутні організаційно-інфраструктурні труднощі. П'ятий блок виявляв різноманітні бар'єри, такі як: соціокультурні упередження, психологічні установки чи фінансові витрати, що стримують літніх людей від звернень. Нарешті, шостий блок з'ясовував суб'єктивні побажання респондентів щодо найбільш комфортних форматів взаємодії та змістовного наповнення інформаційних брошур.

Друга частина інструментарію представлена згаданою Трипунктовою шкалою самотності, вибір якої зумовлений її високою валідністю та надійністю у світовій дослідницькій практиці. Шкала оцінює три непрямі параметри: частоту відчуття браку компанії, частоту відчуття себе покинутим

та частоту відчуття себе ізольованим від інших. Відповіді на кожне з трьох тверджень оцінюються за трибальною шкалою, де варіант «майже ніколи» прирівнюється до одного балу, «інколи» - до двох балів, а «часто» - до трьох балів. Отримані бали підсумовуються для кожного респондента, формуючи загальний показник у межах від трьох до дев'яти балів. При цьому сума у три або чотири бали вказує на низький рівень самотності, що свідчить про задовільний стан соціальної інтеграції особи. Показник у п'ять або шість балів характеризує середній рівень самотності, тобто наявність помірної соціальної депривації, яка виникає епізодично. Сумарна оцінка від семи до дев'яти балів демонструє високий рівень самотності та перебування літньої особи в стані глибокої соціальної ізоляції. Оцінка цього показника дозволила вивчити хронічну самотність як потенційний внутрішній бар'єр, що заважає самотійному пошуку допомоги.

Фінальним етапом дослідження стало застосування методів математико-статистичного аналізу, головним завданням якого є кількісна обробка первинних даних, розрахунок відсоткових частот та побудова таблиць для наочного представлення результатів. Обробка зібраних даних починалася з розрахунку абсолютних показників та переведення їх у відсотки. Важливим аспектом було порівняння розподілу відповідей респондентів різного віку та з різних районів Києва. Це дозволило проаналізувати, як саме зазначені чинники впливають на емоційний стан і потребу в підтримці, або спростувати це припущення, якщо особливості прояву цих станів виявляться однаковими для всіх груп. Усі розрахунки виконувались за допомогою спеціалізованого програмного забезпечення для статистичного аналізу даних.

Опитування проводилося з суворим дотриманням усіх професійних правил етики. Участь у ньому була абсолютно добровільною, анонімною, без зазначення імен чи будь-яких контактних даних респондентів, а всі отримані відповіді узагальнені й використані виключно для наукових цілей роботи.

2.2 Характеристика вибірки дослідження

Для забезпечення високої репрезентативності та аналізу проблеми було сформовано цільову вибірку обсягом 50 осіб віком від шістдесяти років, що повністю відповідає законодавчому визначенню громадян похилого віку в Україні. Для уникнення гендерних перекосів вибірка є повністю збалансована за статтю. Чоловіча частка складає 25 осіб, тобто 50% вибірки та жіноча 25 осіб - також 50% вибірки.

Усі респонденти є мешканцями Києва, а саме чотирьох адміністративних районів, які відібрані за принципом територіального балансу, тобто лівий та правий береги столиці, та контрастності безпекових умов. Проаналізувавши ці чинники було прийнято рішення сконцентрувати увагу на Шевченківському, Святошинському, Дніпровському та Деснянському районах, що дозволило охопити широку амплітуду досвіду від безпосереднього перебування в епіцентрі небезпеки до відносно безпечних, але логістично вразливих територій.

Шевченківський район, розташований у центральній частині правого берега, характеризується високим рівнем безпекових загроз через регулярні ракетні обстріли, що зумовлює постійний стан психологічного стресу та тривожності у мешканців. Частка респондентів із цього району становить 26 відсотків, що дорівнює 13 особам.

Святошинський район, що знаходиться у західній частині міста, на початку повномасштабного вторгнення безпосередньо прилягав до зони бойових дій у напрямку Бучі та Ірпеня. Значні руйнування цивільної інфраструктури в цьому районі могли стати чинником формування стійких травматичних наслідків у місцевого населення. Вибірка охопила 13 осіб, що складає 26 відсотків від загальної кількості.

Дніпровський район, розташований на лівому березі, позиціонується як відносно стабільний із розвиненою інфраструктурою, оскільки він практично

не стикався з безпосередньою загрозою наземних бойових зіткнень. Дослідження охопило 12 респондентів, що становить 24 відсотки вибірки.

Деснянський район є віддаленим спальним районом на лівому березі з високою концентрацією літнього населення. Попри відносну безпеку, специфікою району є ускладнена транспортна логістика, що обмежує доступ мешканців до соціальних послуг. З цього району було залучено 12 осіб, що дорівнює 24 відсоткам вибірки.

Щодо вікової структури вибірки, то вона була поділена на три умовні групи - молодша вікова, середня вікова та старша вікова. До молодшої вікової групи було віднесено респондентів віком від шістдесяти до шістдесяти п'яти років. Вдалося опитати 9 осіб цієї вікової категорії, що складає 18% вибірки. Ці люди найчастіше ще зберігають високу фізичну та соціальну активність, а також володіють базовими навичками користування інтернетом та смартфонами. Наступною є середня вікова група, сюди відносяться люди віком від 66 до 74 років, частка вибірки складає 42% - 21 особа. Це найбільш численна категорія пенсіонерів, які, зазвичай, вже повністю припинили трудову діяльність, але зберігають здатність до самообслуговування та прагнуть підтримувати активні контакти. Також виділено старшу вікову групу- 75 років і більше, яка складає 40% вибірки, а саме 20 осіб. Представники цієї категорії за класифікацію відносяться до четвертого віку і характеризується високою фізичною вразливістю, наявністю багатьох хронічних хвороб та є критично залежними від сторонньої підтримки.

Аналіз житлово-побутових умов респондентів, дозволяє виокремити три основні категорії проживання опитаних осіб. Найчисельнішою групою є респонденти, які проживають у шлюбі (з чоловіком або дружиною), - 23 особи, що становить 46 відсотків вибірки. Частка осіб, які проживають самотійно, становить 30 відсотків (15 осіб). Решта респондентів, а саме 12 осіб (24 відсотки), проживають спільно з дітьми або іншими родичами.

Також, важливим для комплексного аналізу вибірки була наявність або відсутність у людей похилого віку статусу внутрішньо переміщеної особи. Згідно з результатами частка ВПО становить 6% (3 особи) і представляє людей, які через воєнні дії були змушені покинути свої рідні домівки та, як наслідок, втратили звичні соціальні зв'язки.

Таким чином, структура вибірки є збалансованою та дозволяє провести глибинний аналіз доступності послуг психосоціальної підтримки з урахуванням різних життєвих позицій літніх киян. Для наочності всі параметри вибірки зведено у таблицю 2.1

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за соціодемографічними характеристиками

Соціодемографічний параметр	Група респондентів	Абсолютна частка (n)	Відсоткова частка (%)
Стать	Чоловіча	25	50%
	Жіноча	25	50%
Вік	60-65 років	9	18%
	66-74 років	21	42%
	75 років і більше	20	40%
Умови проживання	Проживають самостійно	15	30%
	Проживають з чоловіком/дружиною	23	46%

	Проживають з дітьми або іншими родичами	12	24%
Територіальний розподіл	Шевченківський район	13	26%
	Святошинський район	13	26%
	Дніпровський район	12	24%
	Деснянський район	12	24%
Статус ВПО	Мають статус ВПО	3	6%
	Не мають статусу ВПО	47	94%

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Емпіричний аналіз результатів проведеного опитування дозволяє детально розглянути особливості життєдіяльності та суб'єктивного стану літніх киян у сучасних умовах, а також оцінити реальний рівень доступності для них послуг психосоціальної підтримки. У межах дослідження було опитано 50 респондентів віком від 60 років, які проживають у різних районах столиці. Отримані відповіді дають змогу вийти за межі простих статистичних звітів і побачити глибинні взаємозв'язки між соціальними умовами життя літніх людей, їхнім емоційним станом та бар'єрами, які заважають їм звертатися по фахову допомогу.

Ключовим етапом дослідження стало вивчення того, як повномасштабна війна трансформувала психоемоційний стан літніх людей. Результати демонструють високий рівень психологічної напруги у вибірці, оскільки понад половини опитаних, а саме 27 респондентів - 54% констатували, що їхній стан значно погіршився і супроводжується постійною тривогою, порушенням сну, апатією та пригніченістю. Водночас 42% респондентів повідомляють про періодичне напруження, з яким вони здатні впоратися самостійно, і лише 4% констатували відсутність суттєвих змін у стані. (див. Рис. 2.2)

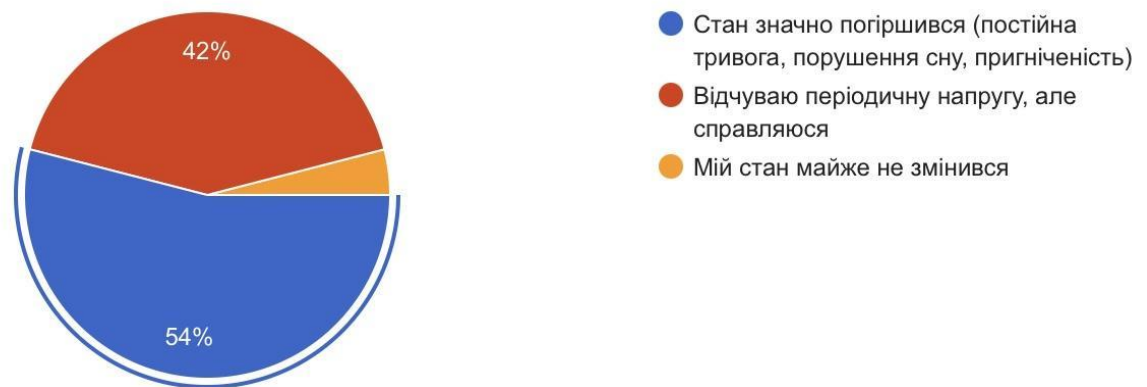
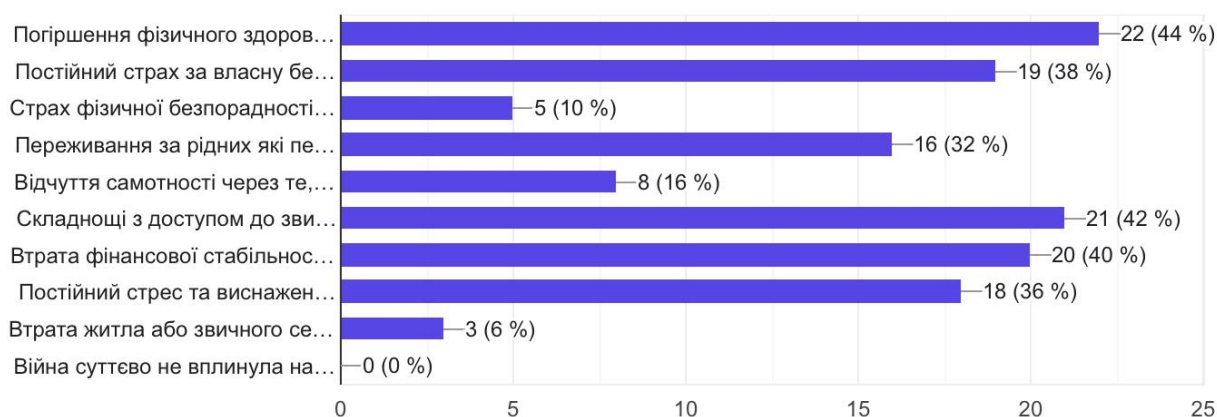


Рис. 2.2. Оцінка респондентами впливу війни на їхній внутрішній стан

Для того щоб зрозуміти, які саме чинники воєнного часу мають найбільш руйнівний вплив на ментальне благополуччя літніх людей, респондентам було запропоновано обрати до трьох варіантів наслідків війни, що найбільше шкодять їхньому самопочуттю. Отримані результати показують, що емоційні переживання літніх людей тісно переплетені з базовими матеріальними та фізичними потребами.

Найбільш негативний прояв, який спостерігається серед 22 респондентів, є погіршення фізичного здоров'я та загострення хронічних хвороб на тлі постійного стресу. На другому місці по проявам серед цієї категорії стала проблема доступності до звичних медичних послуг та дорогих ліків, що відзначило 21 особистість. Сюди можна включити супутню

проблему - втрата фінансової стабільності, а саме нестача пенсії, через різке зростання цін, з чим стикаються 20 респондентів. Постійний страх за власну безпеку під час повітряних тривог та обстрілів є головним стресогенним фактором для 19 респондентів. Менш вираженими, але все одно значущими є переживання за рідних, які перебувають на фронті або в небезпечних регіонах - 16 осіб, а також виснаження від постійного перегляду негативних новин - 18 осіб. Страх фізичної безпорадності, наприклад, неможливість самостійно спуститися в укриття під час тривоги, відчувають 5 осіб. Відчуття самотності через виїзд дітей та онуків за кордон чи в інші міста зазначили 8 респондентів, а втрату житла чи звичного середовища - 3 особи. Варто звернути увагу, що жодний із 50 опитаних не зазначив, що війна суттєво не вплинула на повсякденні потреби, і це, в свою чергу, вказує на високий негативний вплив війни. (Рис. 2.3)



Примітка: сума відсотків перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати до трьох варіантів відповідей одночасно.

Рис. 2.3. Провідні чинники та наслідки воєнних дій, що негативно впливають на психосоціальний стан

Аналізуючи ці дані, стає очевидним, що психосоціальна підтримка людей похилого віку не може бути відірваною від їхніх життєвих реалій. Будь-які спроби стабілізувати емоційний стан літньої людини за допомогою лише психологічних бесід будуть малоефективними, якщо у неї немає

грошей на ліки чи їжу, або якщо вона перебуває у стані хронічного страху за свою безпеку. Травмочутливий підхід у соціальній роботі вимагає першочергового задоволення саме базових потреб літньої особи, що створить міцне підґрунтя для подальшої психологічної реабілітації.

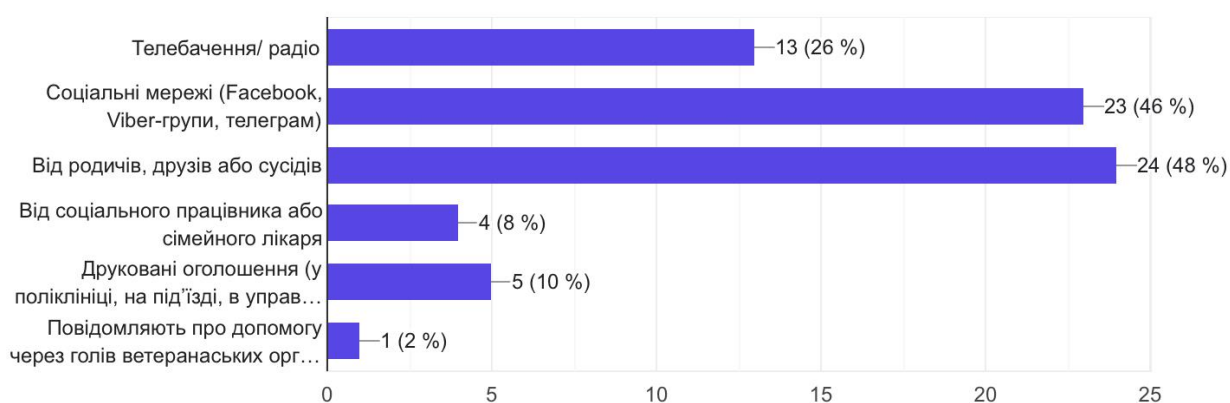
Наступним важливим аспектом дослідження стало вивчення рівня обізнаності літніх киян про наявні у їхніх районах безкоштовні послуги соціальної та емоційної підтримки. Результати опитування вказують на серйозний інформаційний вакуум. Рівно половина опитаних - 25 осіб (50%) - заявили, що взагалі нічого не знають про існування таких послуг у своєму районі. Ще 14 осіб (28%) чули про можливість отримання безкоштовної допомоги, але ніколи за нею не зверталися. Тільки 11 осіб (22%) відповіли, що добре знають про ці послуги та реально ними користувалися. Це свідчить про те, що державні установи та громадські організації, які надають психосоціальну підтримку, працюють переважно в «закритому» режимі, оскільки інформація про їхню діяльність не доходить до більшості потенційних отримувачів (Рис. 2.4).



Рис. 2.4. Запитання щодо рівня поінформованості респондентів послуги підтримки у своєму районі

Для розробки дієвої моделі інформування було проаналізовано канали, через які літні кияни найчастіше отримують важливі новини. Найбільш дієвим джерелом виявився міжособистісний канал спілкування, так зване сарафанне радіо, оскільки 24 особи (48%) дізнається про допомогу від

родичів, друзів або сусідів. На другому місці опинилися соціальні мережі, такі як Facebook, Viber-групи та Telegram, якими користуються 23 респонденти (46%). Телебачення та радіо залишаються основним джерелом новин для 13 осіб (26%). Дуже низьку ефективність демонструють друковані оголошення в поліклініках чи біля під'їздів (5 осіб, або 10%), а також пряме інформування від соціальних працівників чи сімейних лікарів отримують лише 4 особи, або 8%. Лише 4 респонденти (8%) дізнаються про допомогу через керівників ветеранських організацій. Також, один з респондентів зазначив, що дізнається про соціальні новини від, ветеранських організацій.



Примітка: сума відсотків перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати до трьох варіантів відповідей одночасно.

Рис. 2.5. Розподіл каналів отримання соціально-психологічної інформації серед респондентів

Паралельно було оцінено рівень володіння цифровими технологіями, оскільки сучасна система соціальних послуг все більше переходить у цифровий простір. Результати показують наявність вираженої нерівності, хоча 20 осіб впевнено користуються смартфонами та інтернетом для пошуку інформації, значна частина вибірки потребує допомоги. Зокрема, 14 осіб (28%) користуються гаджетами лише зрідка, коли їм допомагає хтось із близьких, а 16 респондентів взагалі не користуються інтернетом. Більшість цифрових послуг, наприклад, запис до лікаря через Helsi або оформлення допомоги в застосунку Дія, залишаються недоступними для майже третини

літніх людей, особливо представників найстаршої вікової групи (понад 75 років), які практично не володіють комп'ютерною грамотністю. (Рис 2.6)

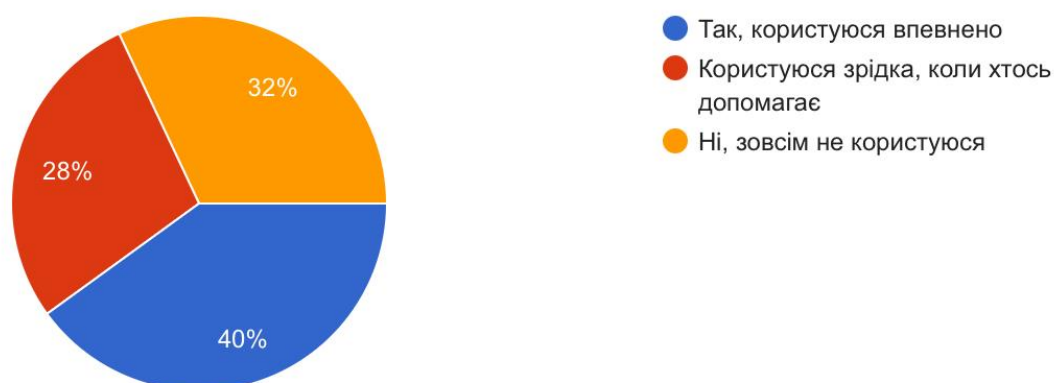


Рис. 2.6. Ступінь цифрової грамотності та користування мобільними технологіями

Практичний досвід взаємодії літніх людей зі спеціалізованими соціальними та емоційними службами протягом останніх двох років підтвердив наявність серйозних труднощів. Тільки 12 осіб (24%) з усього обсягу вибірки реально зверталися за підтримкою. Більшість же - 38 респондентів (76%) протягом двох років не взаємодіяли з подібними установами. (Рис 2.7)

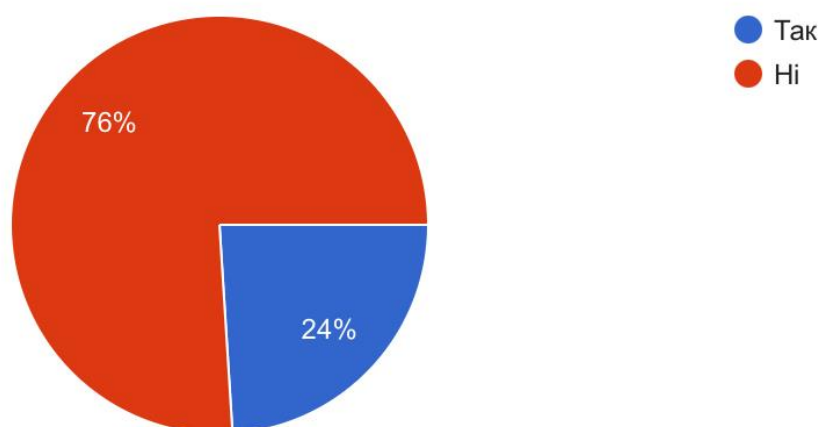


Рис.2.7. Частка звернень літніх людей за соціальною або емоційною допомогою протягом останніх двох років

Серед тих, хто мав такий досвід, оцінки задоволеності отриманими послугами розділилися. Лише 1 особа (8,3% від тих, хто звертався) залишилася повністю задоволеною допомогою. Ще 6 осіб (50%) оцінили свій досвід як скоріше задоволені, а 5 респондентів (41,7%) зазначили, що вони скоріше незадоволені наданими послугами. (Рис 2.8)

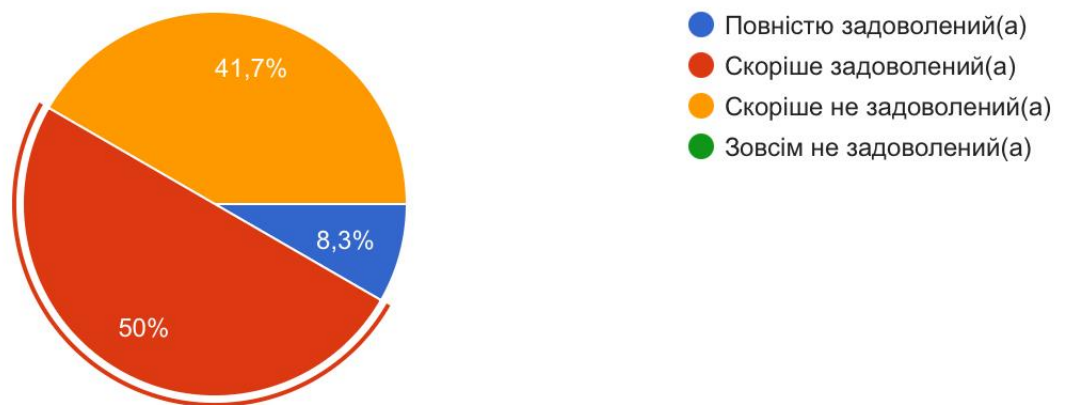


Рис. 2.8. Рівень задоволеності отриманою допомогою після звернення

Аналіз конкретних труднощів, з якими стикаються літні люди під час візитів до установ, показує недоліки в управлінні та організації надання послуг. З 12 респондентів, які зверталися по допомогу протягом останніх двох років, найбільша частка респондентів, що зіткнулася з довгим очікуванням або великими чергами. На це вказали 5 осіб. Для 3 осіб запропонована допомога взагалі не відповідала їхнім реальним життєвим потребам. Також 3 респонденти поскаржилися на переривання надання послуг або неможливість їх отримати через повітряні тривоги чи відключення світла. Складна процедура реєстрації, наприклад, вимога записуватися онлайн та паперова тяганина з документами стали перешкодою для 2 осіб. Неуважне або нетактовне ставлення персоналу та використання фахівцями занадто складної, незрозумілої термінології відзначили по 1 особі. Лише 4 респонденти заявили, що все пройшло добре і вони не зіткнулися з жодними труднощами. (Таблиця 2.2)

Таблиця 2.2

Характер організаційних перешкод при взаємодії з установами

Тип організаційних та технічних труднощів	Кількість відповідей (n)	Відсоток тих, хто звертався
Довге очікування/ великі черги	5	41,7%
Відсутність будь-яких труднощів під час прийому	4	33.3%
Запропонована допомога не відповідає реальним потребам	3	25.0%
Переривання надання послуг або неможливість їх отримати через повітряні тривоги/відключення світла	3	25.0%
Складна процедура запису(наприклад, вимога реєструватися онлайн)	2	16.7%
Багато паперової тяганини або складнощі з документацією	2	16.7%
Використання фахівцями складної, незрозумілої термінології	1	8.3%
Неуважне або нетактовне ставлення персоналу	1	8.3%

Примітка: сума відсотків перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати до трьох варіантів відповідей одночасно.

Фізична та архітектурна доступність будівель також виявилася значним бар'єром для маломобільних громадян. Більшість отримувачів допомоги - 7

осіб з 12 зазначили, що їм було фізично важко дістатися до установи через проблеми з транспортом або через незадовільний стан власного здоров'я. Для 3 осіб серйозною проблемою стала відсутність або незручність бомбосховища у приміщенні установи на випадок повітряної тривоги. Ще 2 респонденти прямо вказали на архітектурну непристосованість самих приміщень, тобто відсутність ліфтів, пандусів чи круті сходи. Окрім цього 2 респонденти відмітили, що їм довелося їхати транспортом, але це не викликало великих труднощів, та 3 особи залишились повністю задоволеними.

(Рис 2.9)

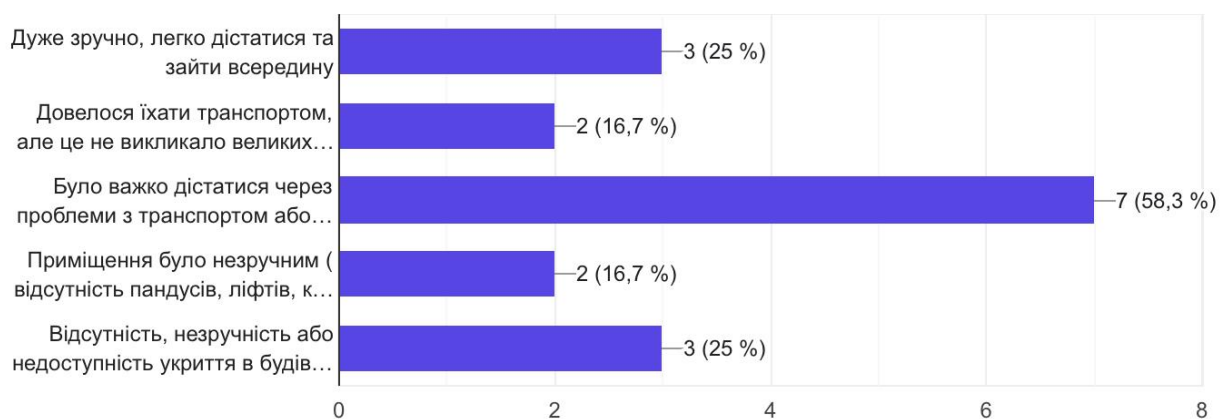


Рис. 2.9. Оцінка логістичної та архітектурної доступності соціальних установ

Дослідження також виявило глибокі психологічні бар'єри, які зумовлюють небажання літніх людей звертатися по професійну допомогу. Оцінка рівня довіри до спеціалістів соціальної сфери (Рис. 2.10) показала, що більшість респондентів - 25 осіб або 50%, взагалі не змогли визначитися, обравши варіант «важко відповісти». Це свідчить про повну відсутність контакту та досвіду спілкування з фахівцями у більшій частини вибірки. Скоріше довіряють спеціалістам 6 людей літнього віку (12 %) , цілком довіряють - лише 2 особи (4%), тоді як скоріше не довіряють 12 респондентів (24%) , а зовсім не довіряють - 5 (10%).

При аналізі оцінок виявлено серйозний дисбаланс, оскільки сумарний показник помірної та повної недовіри становить 34%. Натомість сумарний рівень довіри виявився вдвічі нижчим і становить лише 16%. Такий високий рівень упередженості та відчуження, а саме 84% тих, хто не визначився або відчуває недовіру, вказує на наявні бар'єри, які виникають між літньою людиною та державними або недержавними установами.

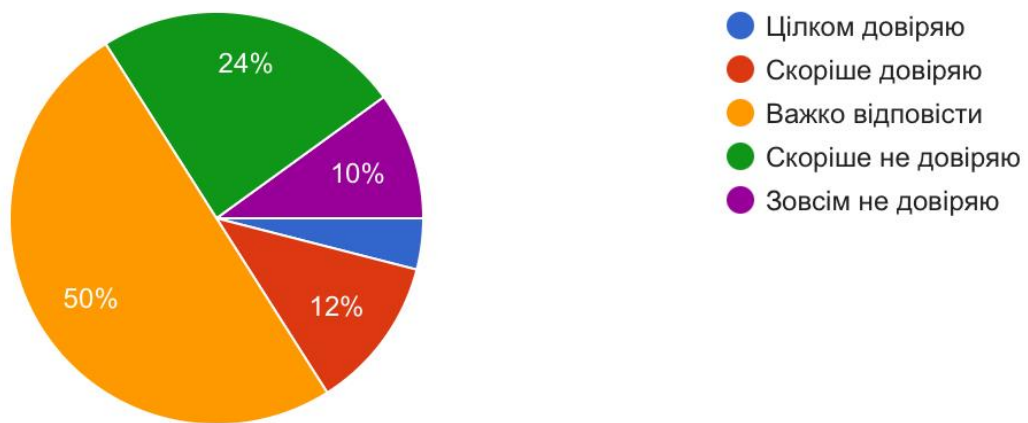


Рис. 2.10. Оцінка рівня довіри до фахівців соціальної сфери

Аналіз впливу матеріального чинника (Рис. 2.11) виявив важливу специфіку, притаманну життєдіяльності літніх мешканців столиці. Незважаючи на те, що в Києві законодавчо закріплено право на безкоштовний проїзд у комунальному громадському транспорті для пенсіонерів за віком, можливі фінансові витрати, пов'язані з логістикою, все одно залишаються серйозною перешкодою для 15 осіб (30%) та для 13 респондентів (26%), які зазначили, що матеріальний фактор їх частково обмежує. Це уявне протиріччя пояснюється кількома реальними чинниками. По-перше, значна частина маршрутів від домівок літніх людей до територіальних центрів чи хабів підтримки пролягає через використання некомунальних приватних мікроавтобусів (маршруток). У цьому виді транспорту пільги на безкоштовний проїзд для пенсіонерів за віком часто є суворо обмеженими приватними перевізниками, наприклад, не більше одного

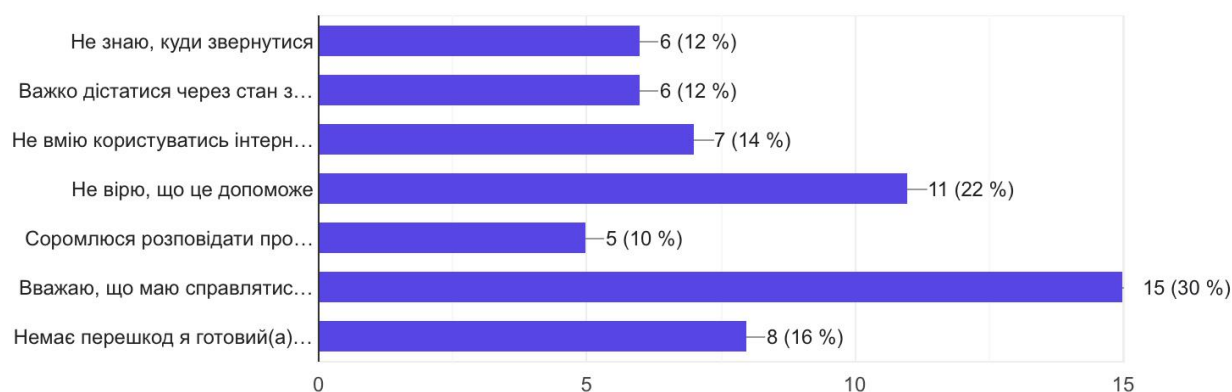
пільговика на рейс, або взагалі відсутніми, що змушує літніх людей оплачувати проїзд за повним тарифом. По-друге, для найстаршої та найбільш фізично вразливої групи респондентів (75 років і більше) користування звичайним громадським транспортом є фізично неможливим через хронічні захворювання та маломобільність. Це змушує їх витратити значні кошти на послуги приватних перевізників або користуватися сервісами таксі для поїздки до установи. Лише для 22 опитаних (44%) матеріальні витрати не виступають логістичним бар'єром.



Рис. 2.11. Вплив матеріальних витрат респондентів на доступність психосоціальних послуг

Для детальнішого вивчення внутрішніх упереджень респондентів запитали, які саме причини заважають їм звернутися за допомогою безпосередньо зараз. (Рис.2.12) Головним чинником виявилось глибоко вкорінене соціокультурне переконання, що людина має справлятися зі своїми проблемами самостійно - так вважають 15 осіб (30%). На другому місці опинилася зневіра в ефективності такої допомоги «не вірю, що це допоможе»- цей варіант обрали 11 осіб (22%). Елементарне незнання того, куди саме потрібно йти та до кого звертатися, назвали причиною 6 респондентів (12%). Фізичні труднощі через стан здоров'я чи транспорт заважають 6 особам (12%), а брак цифрових навичок для самостійного пошуку інформації в інтернеті зупиняє 7 респондентів (14%). Сором

розповідати про свої особисті проблеми чужим людям відчувають 5 осіб (10%). Лише 8 респондентів (16%) заявили, що у них немає жодних перешкод і вони готові звертатися за допомогою у разі потреби.



Примітка: Респонденти могли вказати до двох причин одночасно

Рис. 2.12. Основні причини та упередження, що заважають респондентам звернутися за підтримкою

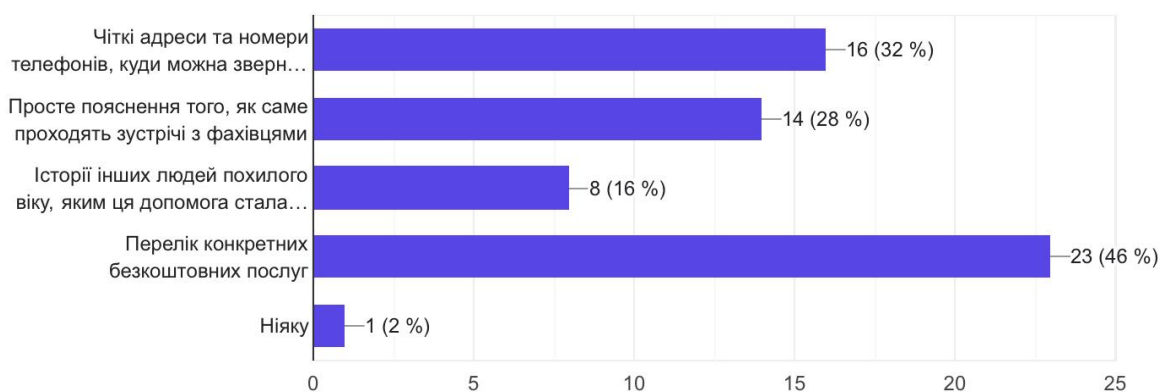
Ці психологічні установки відображають специфіку покоління, яке виросло в умовах, де звернення до психолога чи соціального працівника часто асоціювалося зі слабкістю, безпорадністю або навіть психічними відхиленнями. Посилили терпіти до останнього заважає літнім людям визнати свою потребу в емоційній підтримці, через що вони залишаються сам на сам зі своїми проблемами.

При розробці нових програм підтримки дуже важливо спиратися на побажання самих літніх людей щодо форматів надання допомоги. Найбільш комфортним форматом емоційної підтримки респонденти назвали індивідуальні бесіди з фахівцем особисто - цей варіант обрали 18 людей літнього віку (36%). Друге місце посіли групові зустрічі з однолітками у вигляді клубів за інтересами чи спільного чаювання, що є привабливим для 14 осіб (28%). Дистанційні консультації по телефону обрали 9 респондентів (18%), а творчі чи оздоровчі гуртки - 6 осіб (12%). Повністю відмовилися від будь-якої допомоги лише 2 респонденти (4%) додавши від себе те, що немає такого формату допомоги, який був би до вподоби. (Рис 2.13).



Рис. 2.13. Пріоритетні формати надання емоційної підтримки літнім людям у громаді

Щодо наповнення інформаційних брошур, то літні кияни хочуть бачити максимально практичну та конкретну інформацію: детальний перелік безкоштовних послуг цікавить 34 особи (68%), чіткі адреси та номери телефонів - 31 особу (62%), просте пояснення того, як саме проходять зустрічі - 15 осіб (30%), а реальні історії інших пенсіонерів, яким допомогли - 12 осіб (24%). (Рис 2.14)



Примітка: сума відсотків перевищує 100%, оскільки респонденти могли обрати до трьох варіантів відповідей одночасно.

Рис. 2.14. Вимоги респондентів до змісту інформаційних брошур

Для отримання об'єктивної наукової картини соціально-психологічного стану літніх киян у дослідження було включено стандартизовану 3-пунктову шкалу самотності UCLA, яка дозволяє виміряти рівень соціальної депривації через непрямі запитання. Оцінка першого твердження шкали, а саме: "Як

часто Ви відчуваєте, що Вам бракує компанії?" показала, що 17 респондентів (34%) відчувають це часто, 21 особа (42%) -інколи, а 12 осіб (24%) -майже ніколи. На запитання "Як часто Ви відчуваєте себе покинутим(ою)?" часто відповіли 8 осіб (16%), інколи -18 осіб (36%), майже ніколи -24 особи (48%). Відчуття ізольованості від інших часто супроводжує 8 осіб (16%), інколи - 16 респондентів (32%), майже ніколи не виникає у 26 осіб (52%).

Підсумовування балів за трьома запитаннями Трипунктової шкали, де відповідь «майже ніколи» оцінюється в 1 бал, «інколи» - у 2 бали, а «часто» - у 3 бали, дало змогу вирахувати інтегральний показник самотності для кожного респондента. Отримані бали у межах від 3 до 5 свідчать про низький рівень самотності, коли людина є відносно інтегрованою у соціум, а показник від 6 до 9 балів указує на високий рівень самотності та перебування у стані глибокої соціальної ізоляції. Згідно з проведеними розрахунками та відповідно до даних (Таблиця 2.3), низький рівень самотності виявлено у 30 респондентів, що становить 60,0% від загальної вибірки, тоді як високий рівень самотності та соціальної ізоляції зафіксовано у 20 респондентів, тобто у 40,0% опитаних літніх людей. Таким чином, більша частина опитаних літніх киян демонструє задовільний рівень соціальної інтеграції, проте сорок відсотків респондентів усе ж перебувають у стані важкого хронічного відчуття відірваності від суспільства, що об'єктивно підтверджує актуальність дослідження.

Загальний рівень самотності серед респондентів

Рівень самотності літніх людей	Кількість (n)	Відсоток
Низький рівень	30	60.0%
Високий рівень	20	40.0%

Глибокий аналіз взаємозв'язку між умовами проживання респондентів та рівнем їхньої самотності виявив чітку статистичну закономірність, яка детально відображена у таблиці 2.4. Серед тих 15 респондентів, які проживають абсолютно самотійно у квартирах, високий рівень самотності та глибокої ізоляції зафіксовано у 10 осіб, що становить 66,7% від цієї підгрупи, тоді як низький рівень виявлено лише у 5 осіб, що дорівнює 33,3%. Натомість серед 23 осіб, які мешкають разом із чоловіком чи дружиною, спостерігається значно вищий рівень соціальної захищеності та психологічного благополуччя, адже високий рівень ізоляції виявлено лише у 5 респондентів, що складає 21,7%, у той час як переважна більшість цієї категорії, а саме 18 осіб чи 78,3%, демонструють низький рівень самотності. Серед 12 осіб, які проживають у родині разом із дітьми чи іншими родичами, показники розподілилися більш рівномірно, оскільки високий рівень самотності зафіксовано у 5 осіб, що становить 41,7%, а низький рівень виявили у 7 респондентів, що відповідає 58,3%.

**Взаємозв'язок між особливостями проживання респондентів та
рівнем їхньої самотності**

Особливості проживання респондентів	Низький рівень	Високий рівень	Всього
Проживаю один/одна	5(33.3%)	10(66.7%)	15(100%)
Проживаю з чоловіком/дружиною	18(78,3%)	5(21.7%)	23(100%)
Проживаю з дітьми або іншими родичами	7(58.3%)	5(41.7%)	12(100%)
Всього	30(60%)	20(40%)	50(100%)

Це науково підтверджує, що фактор самотнього проживання є найсильнішим соціальним чинником ризику для людей похилого віку. Літні люди, які живуть самі, під час війни опиняються у ситуації подвійної ізоляції, оскільки через фізичні обмеження вони часто не можуть самотійно вийти з дому, а повна відсутність близьких поруч позбавляє їх щоденного живого контакту та психологічної підтримки. Саме ця категорія громадян має перебувати під особливим та першочерговим контролем соціальних служб міста задля надання їм оперативної допомоги, організації дозвілля та подолання наслідків тривалого соціального відчуження.

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно оцінити рівень доступності психосоціальних послуг для літніх киян, що стало підґрунтям для розуміння чинників, які перешкоджають повноцінній залученості цієї категорії населення до наявних можливостей. Застосування

авторського опитувального інструментарію та шкали самотності UCLA на вибірці з 50 респондентів дало змогу детально вивчити вплив воєнних чинників на психоемоційний стан представників цієї вікової групи. Отримані результати свідчать про те, що тривалий вплив безпекових загроз у поєднанні з обмеженим доступом до актуальної інформації формує ситуацію, в якій літні люди мають об'єктивні труднощі з отриманням необхідної підтримки, перебуваючи фактично поза межами дієвої допомоги.

Аналіз виявленого інформаційного дефіциту вказує на те, що низький рівень цифрової грамотності став вагомим чинником обмеження доступу до важливих ресурсів. Через неможливість користуватися сучасними каналами комунікації респонденти втрачають зв'язок з інституційними механізмами підтримки. Це підтверджує, що сучасні стратегії інформування населення потребують адаптації до потреб цієї вікової категорії, оскільки наявні канали комунікації не забезпечують належної доступності безкоштовних соціальних послуг.

Окремої уваги заслуговують результати щодо ролі міжособистісних контактів, які для респондентів виступають надійним джерелом інформації. Це свідчить про те, що ефективність будь-яких соціальних ініціатив напряму залежить від використання неформальних каналів впливу, оскільки довіра до офіційних установ є суттєво підірваною через негативний інституційний досвід. Встановлений факт вищого рівня самотності серед осіб, що проживають наодинці, є вагомим доказом того, що соціальний контекст проживання виступає показником психологічного благополуччя. Фактично, самотнє проживання трансформується у внутрішній психологічний бар'єр, що перешкоджає зверненню за фаховою допомогою, оскільки респонденти схильні інтерпретувати власну ізоляцію як норму, що не потребує стороннього втручання. Таким чином, отримані дані доводять, що розв'язання проблеми соціально-психологічної підтримки літніх людей

вимагає не лише покращення логістичної доступності послуг, а й докорінної зміни підходів до комунікації з цією групою населення.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ЕДУКАЦІЙНИХ БЕСІД З ІНФОРМУВАННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРО ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ

3.1. Обґрунтування програми едукативних бесід

Науково-практичне обґрунтування програми едукативних бесід базується на необхідності оперативної мінімізації інформаційних та соціальних бар'єрів, які стають перешкодою для звернення за психосоціальною підтримкою. Для реалізації цього підходу було розроблено особливу процедуру, під час якої, едукативне консультування було інтегровано безпосередньо у процес проведення емпіричного опитування, описаного у другому розділі. За таким принципом анкетування виступало не лише методом збору статистичних даних, а й засобом експрес-оцінки індивідуальних потреб респондента в реальному часі. У випадках, коли респондент під час опитування демонстрував відсутність інформації або виражений опір, було задіяно негайну реалізацію алгоритмів мобільного консультування, мінімізуючи когнітивні та територіальні бар'єри безпосередньо у процесі польової роботи.

Загальний статистичний аналіз, проведений після завершення польового етапу та статистичного опрацювання п'ятидесяти анкет, повністю підтвердив об'єктивну необхідність такого оперативного реагування. Зокрема, узагальнені результати виявили, що понад половина опитаних літніх киян (54%) констатують значне погіршення свого ментального здоров'я через війну, причому рівно половина з них перебуває в ситуації повного інформаційного вакууму. Проте завдяки поєднанню діагностики з інтервенцією, первинне реагування та надання інформаційної допомоги кожній конкретній особі відбувалося миттєво - безпосередньо під час інтерв'ю на вулиці.

Традиційні підходи соціальної роботи, що спираються на принципи, коли клієнт має сам ініціювати звернення, у часи воєнного стану демонструють свою повну неспроможність щодо найбільш вразливих верств населення. Маломобільність, депресивні стани, глибоке зневірення та соціокультурні стереотипи заважають літній людині зробити перший крок. Саме тому у межах цього дослідження було теоретично обґрунтовано та практично реалізовано технологію едукативних бесід, інтегровану безпосередньо у процес проведення емпіричного опитування.

Цей підхід є яскравим втіленням мобільної соціальної роботи, або аутрич-діяльності[2]. Її сутність полягає у виході фахівця за межі кабінетів та встановленні безпосереднього, емпатичного контакту з представниками умовно «закритих» або ізольованих соціальних груп у звичних, комфортних і безпечних для них місцях перебування. У нашому випадку зустрічі з респондентами проходили в найбільш звичному місті відпочинку та перебуванні літніх людей, а саме біля під'їзду, на лавочках або в скверах та парках. Головна мета такої мобільної взаємодії - не просто зафіксувати дефіцит знань, а негайно його подолати, повернувши людині відчуття контролю над власною життєвою ситуацією.

У межах нашого дослідження опитування перестало бути сухим інструментом збору статистичних даних. Воно перетворилося на двокомпонентну соціальну інтервенцію. Коли під час заповнення анкети літня людина відповідала, що не знає, де отримати допомогу, або демонструвала явну стигматизацію, в цей час головною метою було не просто зафіксувати відповідь, а негайно перейти до проведення індивідуальної едукативної бесіди на місці. Цей процес будувався як живий, натхненний та чітко структурований діалог, що складався з чотирьох послідовних кроків, кожен з яких мав глибоке теоретико-методологічне та прикладне наповнення.

Перший кроком була емоційна стабілізація. Обговорення таких високочутливих тем як війна, хронічна самотність, переживання за близьких та погіршення здоров'я часто викликає у людей похилого віку тривогу та хвилювання. Тому першочерговим завданням було налагодити теплий, людський контакт прямо під час зустрічі й допомогти респонденту заспокоїтися. Замість складних медичних чи дихальних вправ, які є абсолютно не реалістичними та недоречними у польових умовах та з великим коефіцієнтом людей, які в це не вірять, цей етап будувався на простих і природних засадах доброзичливого спілкування. Використовувався м'який, спокійний тон голосу, відкриту міміку та техніку активного слухання - можливість для респондента висловити свої емоції та поділитися тим, що наболіло. Застосовувалися прості, але щирі слова підтримки та нормалізація переживань, наприклад, про те, що абсолютно природно, що зараз респондент відчуває втому чи тривогу через усе, що відбувається в країні. Це дозволило створити безпечну й затишну атмосферу прямо на місці опитування, де літня людина відчувала, що її не просто анкетують для звіту, а щиро поважають, слухають та співчують її життєвим обставинам.

Другий крок був спрямований на усунення негативних упереджень, які стосувалися психосоціальної підтримки. Значна частина представників старшого покоління в Україні сформувалася під впливом радянської соціокультурної парадигми, де ментальне здоров'я було табуованою темою, а будь-яка психологічна чи психіатрична допомога міцно асоціювалася з ненормальністю, суспільним осудом, проявом слабкості або хвороби. У зв'язку з цим, виявлена під час анкетування упередженість перед зверненням до спеціалістів вимагала делікатного розвінчування укорінених стереотипів. У невимушеній розмові респондентам було пояснено, що психосоціальна підтримка - це не лікування у психіатричній лікарні й не призначення таблеток, а просто розмова з фахівцем, який може вислухати, підтримати та допомогти вирішити нагальні проблеми. Було підкреслено, що хронічний

стрес воєнного часу виснажує нервову систему будь-якої людини, незалежно від її віку чи сили характеру, і звернення за підтримкою є не ознакою слабкості чи безпорадності, а навпаки - ознакою турботи про себе. Також респондентам пояснювалось, що у міських центрах допомоги працюють звичайні психологи, з якими можна просто поділитися переживаннями у повній конфіденційності, і ніхто сторонній про це не дізнається.

Третій крок був присвячений адресному інформуванню та первинному інструктажу з використання цифрової мапи. На цьому етапі було надано конкретні дані про безкоштовні центри допомоги, що розташовані безпосередньо в районі фактичного проживання респондента. Важливим аспектом було детальне розгортання спектра послуг і інформування про те, що територіальні центри або хаби життєстійкості пропонують не лише соціальний догляд чи індивідуальне консультування психолога, а й широкі можливості для подолання самотності. Крім того, для кращого розуміння, де можна отримати послуги, було промальовано логістичний маршрут респондента, а саме яким автобусом чи тролейбусом найпростіше дістатися до будівлі та чи обладнана установа безпечним і комфортним укриттям на випадок тривоги, що повністю ліквідовувало логістичний страх невідомості.

Одночасно, якщо у літньої людини був смартфон і вона зазначала про впевнене або помірне володіння цифровими технологіями, було наочно продемонстровано роботу Мапи ментального здоров'я Києва в мобільному застосунку «Київ Цифровий». Користувачу, під час ознайомлення, було продемонстровано, як у розділі «Мапи» обрати категорію «Психологічна підтримка» та застосувати фільтр «Допомога для містян», обрати свій район та прибрати допомогу шкільних психологів для того, щоб легше віднайти установи, які надають допомогу пенсіонерам. Така робота здійснювалась з метою перетворення сучасних технологій з бар'єра на дієвий ресурс, який надасть можливість самотійно знайти місце і, в майбутньому, самотійно вирішити життєві проблеми. Це поєднувало розповідь про реальні послуги з

візуальним показом найближчих точок допомоги на електронній карті столиці та.

Четвертий крок був завершальним і фокусувався на закріпленні інформації, наданні матеріальної брошури, розробленої для обраного району Києва та відгуків для майбутнього проектування більш якісної брошури. Розуміючи, що літнім людям в умовах стресу важко запам'ятати на слух багато нових адрес, телефонів та назв установ, едукативна бесіда обов'язково вимагала матеріального закріплення отриманих знань. Без фізичного носія інформації ефект розмови швидко б згасав. Для зменшення цього когнітивного бар'єра було розроблено та вручено кожному учаснику експериментальної групи локалізовану експрес-картку оперативної допомоги, яка виступала як надійний зовнішній орієнтир. Ця компактна картка містила виключно верифіковані, діючі адреси, гарячі лінії та інформація на якій, була написана великим контрастним шрифтом. Водночас, здійснювалось не просто передавання матеріалу, але й залучення літньої людини до ролі активного співавтора майбутніх, покращених інформаційних брошур. Було зібрано детальні побажання респондентів, а саме: який розмір шрифту їм зручніше читати, про що б вони хотіли дізнатися детальніше та чи було б їм цікаво почитати живі історії інших пенсіонерів про їхній досвід отримання допомоги. Таке двоетапне проектування дозволило, з одного боку, миттєво захистити та поінформувати людину про можливості за допомогою експрес-картки, а з іншого - зібрати унікальний емпіричний матеріал та відгуки для розробки макета-прототипу комплексної брошури «Турбота про ментальне здоров'я в золотому віці», яка пропонується як готова практична рекомендація для впровадження у майбутню діяльність територіальних центрів столиці.

Для того щоб едукативні бесіди та створені матеріали мали максимальну користь, було проведено роботу з пошуку та систематизації діючих пунктів допомоги у чотирьох районах Києва. У розроблені експрес-

картки та перспективному макеті брошури «Турбота про ментальне здоров'я в золотому віці» було внесено детальну інформацію про ключові локації та сервіси. Для наочності нижче продемонстровано інформаційну експрес-картку, розроблення якої відбулося перед зустріччю з респондентами, задля швидкого усунення браку інформації серед людей літнього віку. (рис. 3.1 та 3.2)

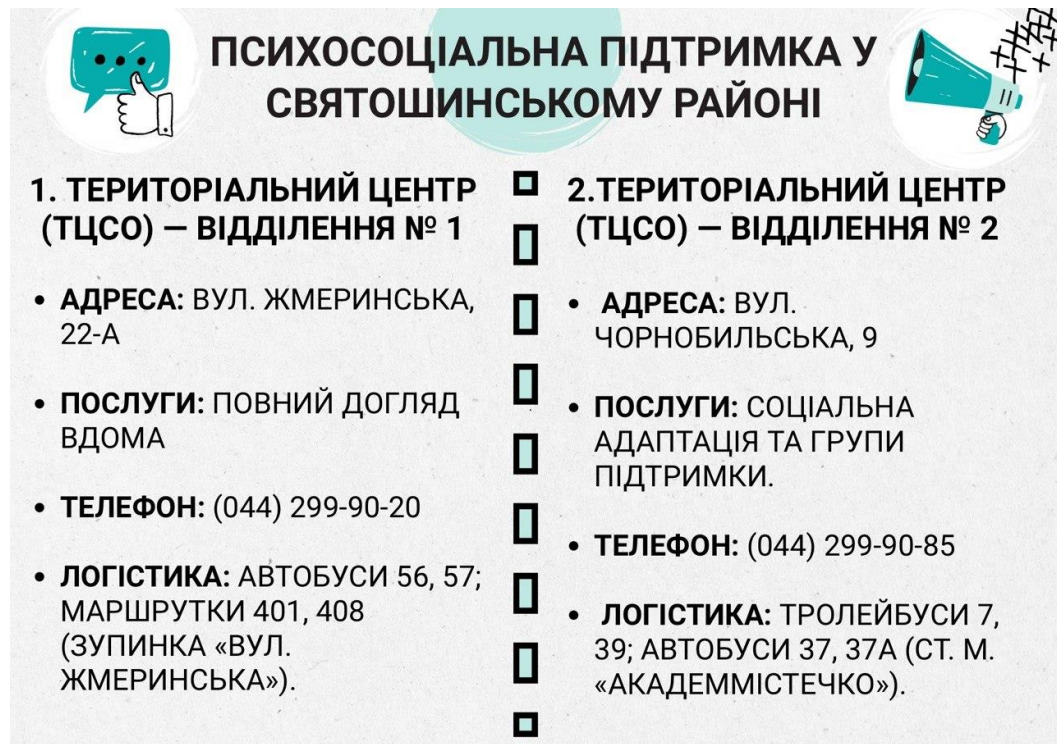


Рис. 3.1. Первинна інформаційна експрес-картка оперативної допомоги у Святошинському районі. Сторона 1

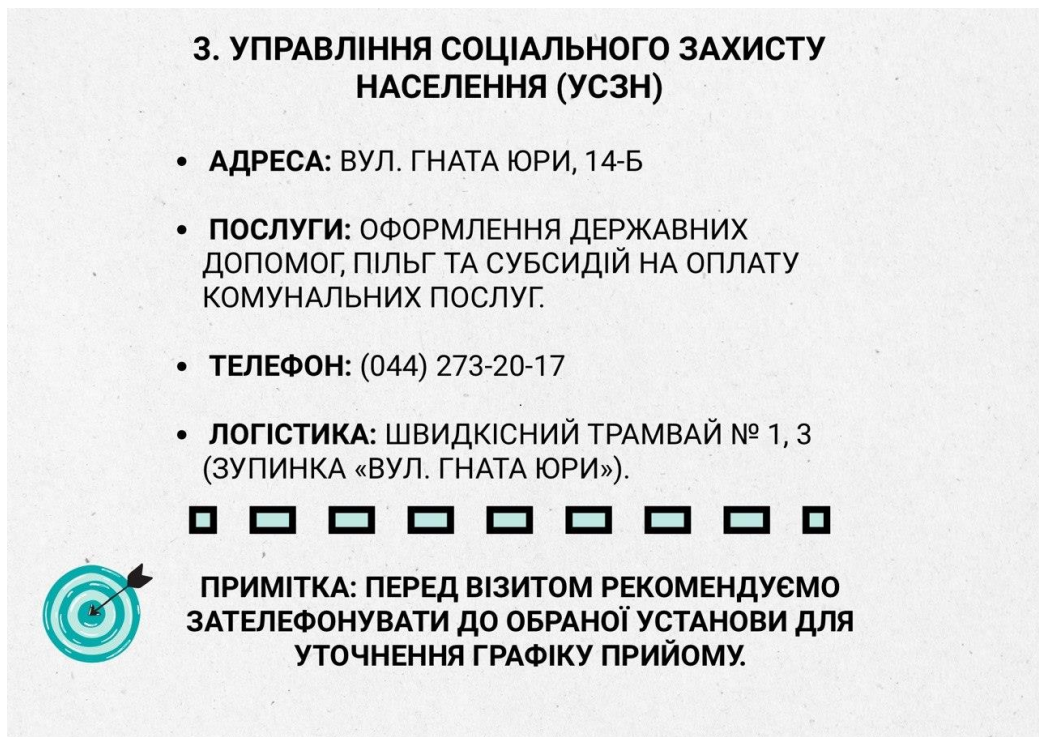


Рис. 3.2. Первинна інформаційна експрес-картка оперативної допомоги у Святошинському районі. Сторона 2

Покращена версія, створена на основі первинної картки, відгуків та зауважень респондентів, надає комплексну і доопрацьовану інформаційну підтримку і містить у собі не тільки чіткі адреси, номери гарячих ліній і спектр послуг, але й має на меті позбавити людей літнього віку бар'єрів та упереджень перед зверненням. Це реалізується за рахунок реальних кейсів людей літнього віку, які вже зверталися за допомогою до державних або недержавних організацій та чіткої інформації про те, як саме проходять зустрічі з фахівцями та чого варто очікувати під час звернення. (Рис. 3.3, 3.4, 3.5)

ТУРБОТА ПРО МЕНТАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я В ЗОЛОТОМУ ВІЦІ <i>Інформація про те, як отримати не лише побутову, а й психологічну підтримку, як подолати самотність та впевнено користуватися безкоштовними соціальними послугами.</i> Відділення соціальної допомоги №1 • Адреса: вул. Жмеринська, 22-А • Телефон: (044) 299-90-20 • Послуги: Повний догляд вдома: доставка продуктів, ліків, оплата комунальних послуг, допомога в прибиранні, приготування їжі. • Як проходить зустріч: Ви телефонуєте, і до вас додому приходить фахівець, щоб оцінити, яка саме допомога вам потрібна. Це спокійна розмова про ваше здоров'я та потреби. • Логістика: Автобуси 56, 57; маршрутки 401, 408 (зупинка «вул. Жмеринська»). • Перелік документів: Паспорт, код, пенсійне посвідчення.	✦ ВАЖЛИВО ✦ • У разі сигналу «Повітряна тривога» всі установи припиняють прийом. • Перед візитом краще зателефонувати — фахівець відповість на ваші запитання та допоможе підготувати все необхідне. ПРО ДОСВІД Пан Іван, 75 років: «Через хворобу я майже не виходив з дому. Після візиту фахівця до мене почав приходити соціальний робітник. Тепер я не хвилююся про продукти й ліки, маю час на відпочинок»
---	---

Рис. 3.3. Макет лицьової сторони експрес-картки оперативної допомоги для Святошинського району

Центр соціальної адаптації та психологічної підтримки • Адреса: вул. Чорнобильська, 9 • Телефон: (044) 299-90-85 • Послуги: Денний догляд, соціальна адаптація, організація дозвілля та клубів за інтересами. • Як проходить зустріч: Ви відвідуєте Центр, де психолог або соцпрацівник проводить з вами бесіду. Ми разом визначаємо, що вас турбує, і підбираємо групові заняття, де ви спілкуватиметеся з однодумцями. • Логістика: Тролейбуси 7, 39; автобуси 37, 37А (ст. м. «Академмістечко»). • Перелік документів: Паспорт, код, пенсійне посвідчення.	Управління соціального захисту (консультативний центр) • Адреса: вул. Гната Юри, 14-Б • Телефон: (044) 273-20-17 • Послуги: Оформлення державних допомог, пільг та субсидій на оплату комунальних послуг. • Як проходить зустріч: Ви приносите документи, а фахівець допомагає оформити виплати без черг. Це підтримка, яка дає впевненість у завтрашньому дні. • Логістика: Швидкісний трамвай № 1, 3 (зупинка «вул. Гната Юри»). • Перелік документів: Паспорт, код, пенсійне посвідчення, довідка ВПО (за наявності), документи на пільгу.		
ПРО ДОСВІД <table> <tr> <td data-bbox="323 1641 890 1868"> Пані Ірина, 68 років: «Раніше я сиділа вдома сама, а тепер біжу в Центр до людей. Ми багато говоримо, підтримуємо одне одного. Мені так добре, ніби життя знову почалося» </td> <td data-bbox="890 1641 1449 1868"> Пан Юрій, 65 років: «Не міг розібратися з новими правилами субсидії. Фахівець приділив мені час, все пояснив і допоміг подати документи. Жодних нервів, усе зрозуміло» </td> </tr> </table>		Пані Ірина, 68 років: «Раніше я сиділа вдома сама, а тепер біжу в Центр до людей. Ми багато говоримо, підтримуємо одне одного. Мені так добре, ніби життя знову почалося»	Пан Юрій, 65 років: «Не міг розібратися з новими правилами субсидії. Фахівець приділив мені час, все пояснив і допоміг подати документи. Жодних нервів, усе зрозуміло»
Пані Ірина, 68 років: «Раніше я сиділа вдома сама, а тепер біжу в Центр до людей. Ми багато говоримо, підтримуємо одне одного. Мені так добре, ніби життя знову почалося»	Пан Юрій, 65 років: «Не міг розібратися з новими правилами субсидії. Фахівець приділив мені час, все пояснив і допоміг подати документи. Жодних нервів, усе зрозуміло»		

Рис. 3.4. Макет інформаційного блоку з описом безкоштовних послуг та логістики

ПІДТРИМКА, ЯКА ЗАВЖДИ ПОРУЧ

«Let's Help» — лінія довірливих розмов

Телефон: 0 800 200 488

Вам варто звернутися, якщо:

- Ви відчуваєте потребу підтримати свій внутрішній стан, позбутися зайвої тривоги чи втоми від думок.
- Ви шукаєте внутрішню опору і хочете знайти нові джерела натхнення у повсякденні.

Ви отримаєте:

- Допомогу у стабілізації настрою та пошуку внутрішнього спокою.
- Корисні поради, як отримати соціальну підтримку у вашому районі.

Переваги:

- Ви розмовляєте з професіоналами, які вміють слухати й чути.
- Допомога доступна з вашого телефону в будь-який час, коли вам це потрібно.

«Незабутні» — лінія турботи про пам'ять

Телефон: 0 800 30 88 30

Вам варто звернутися, якщо:

- Вас турбують питання концентрації, уваги або зміни у пам'яті, і ви хочете дізнатися, як із цим впоратися.
- Ви хочете зрозуміти, як підтримувати ясний розум та активність протягом дня.

Ви отримаєте:

- Зрозумілі відповіді на запитання щодо стану здоров'я та роботи пам'яті.
- Практичні поради, як організувати свій день, щоб відчувати більше впевненості.

Переваги:

- Фахівці, які глибоко розуміють ці теми та пояснюють їх простою мовою.
- Комплексний підхід.

ВАЖЛИВО :

Дзвінки *безкоштовні та анонімні.*

Ви можете закінчити розмову будь-якої миті, коли самі того захочете.

Рис. 3.5. Макет інформаційного блоку з описом наявних гарячих ліній

Поєднання класичної друкованої експрес-картки оперативної допомоги, що надавалась у момент першого контакту, з перспективним моделюванням повноформатної брошури на основі побажань отримувачів та вивченням інтерактивної цифрової мапи дозволило створити цілісну, безбар'єрну систему інформування, яка відповідає індивідуальним можливостям кожної літньої людини - від тих, хто користується виключно паперовими носіями, до прогресивних користувачів смартфонів.

3.2 Аналіз результатів ефективності едукативних бесід з інформування про послуги психосоціальної підтримки

Оцінювання результатів та аналіз змін у рівні обізнаності про послуги психосоціальної підтримки і ставленні людей похилого віку відбувалися безпосередньо у процесі спілкування. Оскільки повторні контакти чи телефонні дзвінки у складних умовах воєнного стану могли викликати у

літніх громадян зайву тривожність та підозрілість, вивчення ефективності було зорієнтоване на фіксацію змін безпосередньо під час зустрічі на основі порівняння їхніх первинних відповідей та фінальних намірів. Цей проактивний інформаційний вплив охопив групу з 39 осіб, які під час першого анкетування продемонстрували брак знань, виражену упередженість або глибоку самотність.

Під час проведення зустрічей особливу увагу приділяли спостереженню за невербальними реакціями, жестами та загальним емоційним тоном людей старшого віку. На початку розмови більшість учасників демонстрували закриту позу, оборонний чи байдужий вираз обличчя та висловлювали небажання говорити про ментальне здоров'я, що відображає глибоке упередження щодо цієї теми у суспільстві. Проте у процесі спокійної емпатичної розмови та детального роз'яснення їхній стан змінювався: міміка ставала м'якшою, з'являвся щирий інтерес до наданої інформації. Наприклад, одна з учасниць опитування у Святошинському районі (72 роки) спочатку категорично відмовлялася говорити про послуги психосоціальної підтримки, вважаючи їх непотрібними. Коли у процесі бесіди було пояснено, що місцеве відділення територіального центру пропонує прості чаювання, спільні обговорення новин та заняття з рукоділля для подолання самотності, вона виявила зацікавленість та попросила виділити цей контактний номер на її інформаційній картці маркером.

Для аналізу ефективності проведеної роботи були зафіксовані показники знань і намірів літніх людей, узагальнено та зведено в порівняльну таблицю (Таблиця 3.1).

**Динаміка поінформованості, готовності до звернення та
упереджень серед учасників групи (n = 39)**

Аналізований показник	До проведення бесіди	Після проведення бесіди	Характер змін
Повна поінформованість про послуги, адреси та контакти	0 (0,0%)	32 (82,1%)	+82,1%
Готовність звернутися за професійною допомогою у разі кризи	10 (25,6%)	18 (46,2%)	+20,6%
Наявність упереджень серед учасників групи	26 (66,7%)	19 (48,7 %)	-18,0%

Аналіз даних таблиці 3.1 демонструє значне покращення показників доступності послуг. Показник повної поінформованості зріс до 82,1% завдяки врученню паперових інформаційних карток. Проте частина респондентів (17,9%) навіть після бесіди потребувала додаткового часу для засвоєння інформації через втому чи вікові особливості сприйняття, що є цілком природним. Наявність друкованого орієнтира, який містив виключно діючі номери та спрощені описи послуг, частково компенсувала брак інформації та зняла первинний страх перед процедурою пошуку контактів.

Показник готовності звернутися за допомогою у разі кризи зріс із 25,6% до 46,2%. Це підтверджує, що за умови зниження психологічного тиску та надання конкретних адрес літні люди набагато легше погоджуються на взаємодію з фахівцями. Водночас рівень упереджень та страху перед розмовою з психологом знизився на 18 відсотків. Багато учасників змінили свою думку про те, що психологічні проблеми потрібно терпіти, і

погодилися, що розмова з фахівцем у конфіденційному форматі є проявом турботи про себе, а не ознакою слабкості чи ненормальності.

Особливу увагу під час інформаційної роботи було приділено подоланню цифрового бар'єра серед 22 власників мобільних телефонів із сенсорним екраном. Їм було продемонстровано роботу мапи ментального здоров'я Києва в офіційному міському застосунку. Результати оцінки їхньої впевненості у використанні цього інструменту представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Оцінка цифрової грамотності та впевненості у використанні карти ментального здоров'я серед власників смартфонів (n = 22)

Рівень впевненості та наміри після інструктажу	Кількість осіб	Відсоткова частка
Впевнені у самостійному використанні картки у майбутньому	6	27,3%
Потребують допомоги родичів(дітей або онуків) через складність кроків	11	50,0%
Віддають перевагу друкованим матеріалам через технічні обмеження	5	22,7%

Отримані дані (Таблиця 3.2) виявляють важливу закономірність: незважаючи на наочний показ, лише 27,3% власників телефонів висловили впевненість, що зможуть самостійно знайти карту та скористатися нею у майбутньому. Половина респондентів (50,0%) зазначила, що послідовність кроків у меню застосунку є для них заскладною, тому вони планують попросити своїх дітей чи онуків допомогти їм. Це свідчить про те, що цифрові інновації у сфері соціальних послуг для людей похилого віку не можуть повністю замінити традиційні друковані матеріали, але вони здатні

виконувати роль непрямого каналу комунікації, стимулюючи взаємодію у родині.

Для оцінки стійкості ефекту проведених бесід наприкінці кожної зустрічі здійснювався аналіз поведінкових намірів респондентів, результати якого відображено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Розподіл поведінкових намірів літніх людей після отримання інформаційних карток (n = 39)

Сформований поведінковий намір респондента	Кількість осіб	Відсоткова частка
Твердий намір скористатися контактами та відвідати заклади найближчим часом	4	10,3%
Збереження інформаційної картки вдома як постійного орієнтира	22	56,4%
Намір поділитися отриманою інформацією з маломобільними сусідами або друзями	8	20,5%
Пасивне або нейтральне ставлення до отриманих матеріалів та інформації	5	12,8%

Аналіз сформованих намірів (Таблиця 3.3) дозволяє зробити реалістичні висновки про стан літніх людей. Тверда готовність звернутися за послугами найближчим часом зафіксована у 10,3% осіб. Зокрема, респонденти висловлювали інтерес до відновлення спілкування через гуртки або отримання адресної допомоги у територіальному центрі.

Водночас більшість опитаних (56,4%) сформувавши намір зберегти картку вдома як постійний орієнтир. Це вказує на дію захисного механізму, який говорить про те, що навіть якщо людина не планує звертатися до фахівців негайно, наявність точних та перевірених контактів під рукою дає їй відчуття безпеки у разі, наприклад, різкого загострення тривоги під час обстрілів. Намір поділитися інформацією з сусідами (20,5%) свідчить про запуск взаємодопомоги у громаді за принципом рівний-рівному. Лише 12,8% респондентів виявили пасивне ставлення, що є природним показником втоми та апатії у стресових умовах війни.

Отримані практичні результати переконливо доводять, що для ефективного підвищення доступності послуг міські соціальні служби мають переходити до проактивного виявлення потреб. Поєднання простих друкованих матеріалів та емпатичного усного спілкування безпосередньо у місцях дозвілля дозволяє значно знизити інформаційні та соціокультурні бар'єри, повертаючи літнім людям відчуття захищеності.

Висновки до розділу 3

Досвід розробки та практичної перевірки програми освітніх бесід чітко засвідчив, що проактивне інформування є ефективним і незамінним інструментом соціальної роботи в умовах воєнного стану. Звичні формати надання послуг, які повністю покладаються на особисту ініціативу людини, часто не спрацьовують із найбільш вразливими літніми людьми. Через обмежену мобільність, пригнічений психологічний стан чи глибоко вкорінені стереотипи вони просто не звертаються по допомогу самостійно. Натомість поєднання консультування із соціологічним опитуванням безпосередньо у звичних місцях перебування людей дозволило перетворити сухий збір даних на живу соціальну підтримку. Такий підхід дав змогу одночасно оцінити стан людини та одразу ж, на місці, задовольнити її потребу в інформації.

Аналіз результатів цієї роботи показав, що літні люди набагато охочіше приймають допомогу, якщо вона подана просто та максимально доступно. Наприклад, звичайне розповсюдження зрозумілих паперових карток із великим шрифтом допомогло закрити брак знань, адже рівень обізнаності про профільні заклади та гарячі лінії зріс із нульової позначки до 82,1%. Завдяки цьому зник страх перед невідомістю, а готовність звернутися до спеціалістів у кризовій ситуації збільшилася майже вдвічі - з 25,6% до 46,2%. Важливо й те, що спокійні, доброзичливі розмови допомогли знизити рівень упереджень, які стосувались послуг психосоціальної підтримки, на 18,0%. Це свідчить про те, що делікатне роз'яснення здатне руйнувати застарілі ментальні бар'єри, спонукаючи літніх людей сприймати психологічну підтримку як нормальну турботу про власне здоров'я, а не як ознаку слабкості чи безпорадності.

Дослідження цифрових навичок підтвердило, що сучасні електронні сервіси поки не здатні повноцінно замінити друковані матеріали. Навіть після наочного інструктажу щодо використання мапи у застосунку «Київ Цифровий» лише 27,3% власників смартфонів висловили впевненість, що зможуть користуватися нею самостійно в майбутньому. Половина опитаних визнали інтерфейс занадто складним і зазначили, що проситимуть про допомогу дітей чи онуків, а 22,7% взагалі одразу надали перевагу паперовим карткам.

Вивчення намірів учасників після завершення зустрічей підтвердило, що програма має тривалий ефект. Більшість респондентів (56,4%) вирішили залишити картку вдома як надійний орієнтир, адже в умовах війни контакти під рукою дають відчуття стабільності та суттєво знижують тривогу. Водночас кожен п'ятий опитаний висловив готовність поділитися цими даними з маломобільними сусідами, що запускає природні механізми взаємодопомоги в громаді за принципом «рівний-рівному». Лише 12,8% виявили пасивність, що цілком зрозуміло через загальну втому від

хронічного стресу. Це дозволяє зробити висновок про те, що подолання психологічних бар'єрів та стереотипів літніх містян щодо отримання підтримки є успішним тоді, коли інформаційний вплив органічно влітається у їхній щоденний життєвий простір, створюючи безпечні та комфортні умови для нормалізації турботи про власне ментальне здоров'я.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного кваліфікаційного дослідження було повністю досягнуто поставлену наукову мету та розв'язано всі визначені завдання, що дозволило сформулювати цілісне вирішення актуальної проблеми забезпечення доступності психосоціальної підтримки для осіб старшого віку в сучасних умовах. Узагальнення теоретико-методологічних засад дослідження становлення системи психосоціальних послуг засвідчило, що в основі сучасної практичної діяльності соціального працівника лежить нерозривне поєднання внутрішньої психологічної стабілізації особистості та активного відновлення її зовнішніх соціальних зв'язків у громаді. Вітчизняна практика надання такої допомоги на етапі 2025-2026 років зазнала фундаментальних реформ, перейшовши від фрагментарних кроків до побудови цілісної системи нормативно-правового забезпечення, яка базується на засадах індивідуалізації, безбар'єрності, конфіденційності та захисту інтересів клієнта. Запровадження методів кроссекторальної взаємодії, багаторівневої моделі інтервенцій згідно з міжнародними стандартами, а також законодавче закріплення методу ведення випадку як обов'язкового стандарту дозволяють гнучко долати складні життєві обставини отримувачів допомоги.

Аналіз особливостей надання підтримки в умовах воєнного стану дозволив детально визначити характер потреб людей старшого віку, чие становище сьогодні значно обтяжене глибокою демографічною кризою, міграційними процесами та безпосередніми безпековими загрозами. Було теоретично доведено, що вразливість цієї категорії громадян має комплексний, інтерсекційний характер, оскільки природні психофізіологічні зміни пізнього віку та прогресуюча немічність протікають на тлі дії серйозних зовнішніх бар'єрів. До них належать стрімке погіршення фізичного здоров'я та загострення хронічних хвороб через стрес, гостра фінансова нестача через низький рівень пенсійного забезпечення, руйнування звичних сімейних мереж через еміграцію молоді, а також виражений брак

цифрових навичок в умовах тотальної діджиталізації соціальних послуг. Окремим вагомим внутрішнім чинником виступають соціокультурні стереотипи минулих поколінь, які змушують літніх людей стигматизувати психологічну допомогу, асоціювати її з власною безпорадністю та намагатися самотійно «перетерпіти» кризові стани.

Емпіричне дослідження реального стану доступності послуг у чотирьох адміністративних районах міста Києва повністю підтвердило висунуту гіпотезу про негативний вплив комплексу взаємопов'язаних бар'єрів. Опитування засвідчило різке погіршення психоемоційного стану літніх киян, що супроводжується постійною тривогою та апатією у більше ніж половини опитаних респондентів, причому цей стан ускладнюється глибоким інформаційним вакуумом, адже рівно половина вибірки взагалі не знає про існування безкоштовних сервісів у своєму районі. Логістична й архітектурна недоступність будівель, суттєві фінансові витрати на некомунальний транспорт чи таксі для маломобільних груп, а також організаційно-технічні перешкоди під час повітряних тривог об'єктивно обмежують реальну залученість населення до допомоги. Крім того, математико-статистичний аналіз виявив чітку й тривожну закономірність, яка зазначає, що літні люди, які проживають самотійно, мають статистично вищий рівень хронічної самотності (шістдесят шість і сім відсотка), що перетворюється на стійкий внутрішній психологічний бар'єр, який заважає їм просити про допомогу.

Розроблена та практично апробована в ході польової роботи програма едукативних бесід переконливо продемонструвала високу ефективність технологій проактивного інформування й аутич-діяльності у сучасній соціальній роботі. Інтеграція чотирьохкрокового алгоритму консультування безпосередньо у процес проведення емпіричного опитування дозволила миттєво долати виявлений дефіцит знань та упереджень безпосередньо у місцях природного відпочинку та перебування літніх людей. Результати впровадження програми зафіксували стрімке зростання поінформованості

про профільні заклади та гарячі лінії до вісімдесяти двох і одного відсотка, збільшення готовності звернутися за професійною підтримкою у разі кризи майже вдвічі, а також зниження рівня упередженості на вісімнадцять відсотків. Водночас аналіз цифрових навичок підтвердив, що електронні інновації наразі не спроможні повністю витіснити паперові носії, оскільки половина власників смартфонів вважає інтерфейси за складними. Проте розповсюдження розроблених у ході дослідження адаптованих друкованих експрес-карт оперативної допомоги не лише забезпечує літнім людям тривале відчуття безпеки, але й запускає природні механізми взаємодопомоги в громаді за принципом «рівний-рівному». Отримані дані доводять гостру потребу у докорінній зміні філософії надання міських соціальних послуг - від пасивного очікування запитів до активного, проактивного виявлення маломобільних та самотніх громадян безпосередньо в межах мікроромад.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз диджиталізації в Україні: стан, проблеми та шляхи адаптації для старшого покоління. Codes. 2025. URL: <https://codes.com.ua/research/tsifrova-gramotnist-ukrayina-litni-lyudy>
2. Аутріч-технології в соціальній роботі з різними групами населення : вебсайт. Stud.com.ua. URL: https://stud.com.ua/171257/sotsiologiya/autrich_tehnologiyi_sotsialniy_roboti_rizniimi_grupami_naselennya
3. Бережна Л. В. Проблеми та перспективи соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні. Вісник Приазовського державного технічного університету. Серія: Соціально-гуманітарні науки та публічне адміністрування. 2024. Том 1, № 12. DOI: <https://doi.org/10.31498/2617-2038.2024.12.320162>
4. Благодійний фонд «Let's help» : офіційний вебсайт. URL: <https://letshep.com.ua> (дата звернення: 15.04.2026).
5. Благодійний фонд «Життєлюб» : офіційний вебсайт. URL: <https://enjoyinglife.org.ua> (дата звернення: 15.04.2026).
6. В українських амбулаторіях облаштують 60 просторів психологічного розвантаження. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. 2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/v-ukrayinskih-ambulatoriyah-oblashtuyut-60-prostoriv-psihologichnogo-rozvantazhennya>.
7. Важливі навички в періоди стресу: ілюстроване керівництво / Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейський регіональний офіс. Копенгаген : ВООЗ, 2020. 72 с. Ліцензія CC BY-NC-SA 3.0 IGO
8. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» : офіційний вебсайт. URL: <https://howareu.com/>
9. Гайда Ю., Длугопольська Т., Цяпа Н. Старіння населення: тенденції та вплив на структуру національної економіки. Соціально-економічні відносини

в цифровому суспільстві. 2025. Том 1 (55). С. 68–81. DOI:

<https://doi.org/10.55643/ser.1.55.2025.589>

10. Гансен П. Керівництво з надання першої психологічної допомоги для товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця / Перніль Гансен ; голов. ред.: Л. Вінтер-Ларсен, Н. Відеманн. Копенгаген : Довідковий Центр

11. Гаряча лінія «Стоп паніка» : поради фахівців / Навчально-науковий центр психології КНУ імені Тараса Шевченка // IPSYCHO : офіційний вебсайт. URL: <https://ipsycho.knu.ua/2022/06/21/stoppanic/>

12. Гнира К. Емпіричне дослідження потреб у соціальному супроводі людей похилого віку в умовах війни. Сучасні тенденції психологічної науки та практики у вирішенні проблеми особистісного і професійного самоздійснення особистості : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Вип. 15, Ч. 1. Вінниця, 2025. С. 178–180. URL:

<https://dspace.vspu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8c56bcf7-af30-46e0-a732-143433721828/content>

13. Демиденко Є. В. Особливості надання соціально-психологічної допомоги особам похилого віку в умовах війни : кваліфікаційна робота здобувача вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за програмою «Соціальна робота» / наук. керівник А. Г. Стадник. Київ : МДУ, 2024. 78 с. URL: <http://repository.mu.edu.ua/jspui/handle/123456789/7571>

14. Деякі питання діяльності центрів надання соціальних послуг : Постанова Кабінету Міністрів України від 03.03.2020 № 177. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/177-2020-%D0%BF/ed20200303#Text>

15. Деякі питання реалізації експериментального проєкту з організації надання комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості в територіальних громадах: Постанова Кабінету Міністрів України від 19 листопада 2025 р. № 1505. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1505-2025-%D0%BF>

16. Дороніна О. В. Феномен третього віку: термінологічні аспекти. 2020. С. 3–7. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.3758954>.
17. Дослідження HelpAge щодо становища людей літнього віку в Україні : вебсайт // URL: <https://starenki.com.ua/doslidzhennya-helpage-shhodo-stanovyshha-lyudej-litnogo-viku-v-ukrayini/>.
18. Дослідження доступності міських просторів. Вебсайт Big City Lab. 2021. URL: <https://bcl.com.ua/projects/doslidzhennya-dostupnosti-miskih-prostoriv> (дата звернення: 18.04.2026).
19. Дьоміна О. С. Поняття, особливості і роль соціалізації в суспільстві. Часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 18: Економіка і право. 2012. № 15. С. 83–86. URL: <https://www.chasopys.law.npu.kiev.ua/archive/15/12.pdf>
20. Екстрене (кризове) надання соціальних послуг [Електронний ресурс] // Департамент соціальної та ветеранської політики : офіційний вебпортал. 2024. 27 травня. URL: <https://dsp.kyivcity.gov.ua/nadannia-sotsialnykh-posluh-shliakhom-sotsialnoho-zamovlennia/ekstrene-kryzove-nadannia-sotsialnykh-posluh> .
21. Етичний кодекс психолога / Національна психологічна асоціація України. 2021. URL: <https://npa-ua.org/pub/files/66d3a42494d2acd8.pdf>
22. Житинська М. О. Психолого-педагогічна та соціальна характеристика людей похилого віку як об'єкта соціально-педагогічної підтримки. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 11 : Соціальна робота. Соціальна педагогіка. 2017. Вип. 23. С. 158–164. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_011_2017_23_29.
23. Житинська М. Соціально-психологічна підтримка людей похилого віку в умовах повномасштабної війни. Освітологічний дискурс. 2023. № 3(42). С. 54–67. DOI: <https://doi.org/10.28925/2312-5829.2023.34>.
24. За місяць телефонна лінія підтримки «Київ поруч» надала 270 соціальних консультацій жителям столиці // Офіційний портал Києва.

URL: https://kyivcity.gov.ua/news/za_misyats_telefonna liniya pidtrimki kiv_por uch_nadala_270_sotsialnikh_konsultatsiy_zhitelyam_stolitsi/

25. Зданевич Л. В. Етичні проблеми соціальної роботи з населенням похилого віку в умовах сучасних викликів. Соціальна педагогіка. 2025. № 82.1. С. 138–144. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-6085/2025/82.1.29>
26. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми похилого віку : навч. посіб. Київ : Університет «Україна», 2023. 220 с.
27. Каретна О. О. Проблеми соціально-психологічної адаптації літніх людей у сучасному суспільстві // Особистість та суспільство в цифрову еру: психологічний вимір : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 24 черв. 2022 р.). Одеса : Нац. ун-т «Одес. юрид. акад.», 2022. С. 94–97. URL: <https://dspace.onua.edu.ua/server/api/core/bitstreams/52546d7b-f6d6-406f-85cb-9e1cc9baf232/content>.
28. Карітас України : офіційний вебсайт. — URL: <https://caritas.ua/>
29. КВЕД для послуг психолога. Онлайн-сервіс Taxer. 2026. URL: <https://taxer.ua/uk/kb/kved-posluh-psihologa> (дата звернення: 08.04.2026).
30. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації : перелік контрольних показників для використання на місцях / Міжвідомчий постійний комітет (МПК). Київ : Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017. 40 с. URL: <https://interagencystandingcommittee.org/node/41178>.
31. Київ Цифровий : офіційний вебпортал Київської міської державної адміністрації. URL: https://kyivcity.gov.ua/miskiy_zastosunok_kyiv_tsifroviy/
32. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254k/96-vr> (дата звернення: 8.04.2026).
33. Кочерга О. В., Захарова Л. В. Соціальна підтримка як чинник психологічного благополуччя людей похилого віку. Social Work and

Education. 2025. Т. 12, № 1. С. 98–110. DOI: <https://doi.org/10.25128/2520-6230.25.1.8>

34. Лаврентюк Д. Особливості соціальної роботи з особами похилого віку. Сучасні тенденції психологічної науки та практики у вирішенні проблеми особистісного і професійного самоздійснення особистості : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. Вип. 15, Ч. 1. Вінниця, 2025. С. 175–177. URL: <https://dspace.vspu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8c56bcf7-af30-46e0-a732-143433721828/content>

35. Мадик Н. Україна входить до тридцяти країн світу з найстарішим населенням – міністр [Електронний ресурс] // ТСН. 2026. 21 лют. URL: <https://tsn.ua/politika/ukrayina-vkhodyt-do-trydtsiaty-krayin-svitu-z-naystarishym-naselenniam-ministr-3026765.html> (дата звернення: 05.03.2026).

36. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки : метод. посіб. (укр. версія). Харків : ХОГОКЗ, 2023. 12 с. DOI: <https://doi.org/10.26697/melnyk.stadnik.6.2023>

37. Методичні рекомендації для фахівців комплексної соціальної послуги з формування життєстійкості : (перша версія) / Національна соціальна сервісна служба України, UNICEF Ukraine. 2025. URL: <https://nssu.gov.ua/storage/app/sites/22/uploaded-files/metodicni-rekomendaciyi-dlia-faxivciv-nadavaca-kompleksnoyi-poslugi.pdf> .

38. Методичні рекомендації з психосоціальної підтримки та супроводу у громадах: особливості надання психосоціальних послуг під час війни / С. Бужинська, Л. Кондрацька, Л. Сухарева, Г. Красіна, І. Максименко. : Карітас України. 96 с.

39. Міжнародна організація з міграції (МОМ) в Україні : офіційний вебсайт. — URL: <https://ukraine.iom.int/uk/mom-v-ukrayini>

40. Міщенко В. М. Нейрокогнітивні порушення у пацієнтів з артеріальною гіпертензією : (огляд доповіді). НейроNews. 2024. № 10 (155). С. 10–13. URL:

[https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/10\(155\)/pages-10-13/neyrokognitivni-porushennya-u-pacientiv-z-arterialnoyu-gipertenziieyu](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/10(155)/pages-10-13/neyrokognitivni-porushennya-u-pacientiv-z-arterialnoyu-gipertenziieyu).

41. МОЗ: Розширено перелік послуг із надання психосоціальної допомоги населенню // Урядовий портал : офіційний вебсайт. URL:

<https://www.kmu.gov.ua/news/moz-rozshyreno-perelik-posluh-iz-nadannia-psykhosotsialnoi-dopomohy-naselenniu>

42. Огляд психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Січень – червень 2025 року / Представництво МОМ в Україні. 2025. URL:

https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/2025-12/mhpss-overview-jan-june-2025_ukr_web.pdf.

43. Особам старшого віку : вебсайт. Міністерство соціальної політики України. URL: <https://www.msp.gov.ua/about/klyuchovi-napryamy/polityka-shchodo-litnikh-lyudey> (дата звернення: 09.06.2026).

44. Охорона психічного здоров'я: що дає лікарям «первинки» програма mhGAP. Офіційний вебсайт Міністерства охорони здоров'я України. 2023. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ohorona-psiichnogo-zdorov%CA%BCja-scho-dae-likarjam-pervinki-programa-mhgap->.

45. Перша психологічна допомога : посібник для працівників на місцях / Міжнародний медичний корпус. — Київ : Університетське видавництво ПУЛЬСАРИ, 2017. — URL: <https://ukrainet.eu/wp-content/uploads/2022/03/Psychological-first-aid-guide-for-field-workers-in-Ukrainian.pdf>

46. Про внесення змін до Закону України «Про соціальні послуги» щодо удосконалення надання соціальних послуг : Закон України від 04.06.2025 № 4332-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4332-20#Text>

47. Про застосування реєстраторів розрахункових операцій у сфері торгівлі, громадського харчування та послуг : Закон України від 06.07.1995 № 265/95-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/265/95-вр>

48. Про затвердження Державного стандарту соціальної адаптації : Наказ Міністерства соціальної політики України від 18.05.2015 № 514. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0665-15> (дата звернення: 09.06.2026).
49. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги консультування : Наказ Міністерства соціальної політики України від 02.07.2015 № 678. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0866-15#Text>.
50. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги кризового та екстреного втручання : Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.07.2016 № 716. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0990-16#Text> .
51. Про затвердження Державного стандарту соціальної послуги соціальної адаптації ветеранів війни та членів їхніх сімей та внесення зміни до Класифікатора соціальних послуг : Наказ Міністерства соціальної політики України від 11.04.2024 № 175-Н. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0828-24#Text>.
52. Про затвердження Методичних рекомендацій з проведення моніторингу та оцінки якості соціальних послуг : Наказ Міністерства соціальної політики України від 27.12.2013 № 904. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0904739-13#Text>
53. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо надання соціальних послуг з догляду вдома : Наказ Міністерства соціальної політики України від 13.11.2023 № 431-н // Офіційний вісник України. — 2024. — № 4. — URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE41471Z>
54. Про затвердження Переліку психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від

13.12.2023 № 2118. Ліга:Закон. URL:

<https://ips.ligazakon.net/document/view/re41472>.

55. Про затвердження Порядку виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані допоміжні засоби реабілітації (технічні та інші засоби реабілітації) особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю та іншим окремим категоріям населення : Наказ Міністерства соціальної політики України від 15.01.2024 № 9. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24>

56. Про затвердження Порядку забезпечення допоміжними засобами реабілітації (технічними та іншими засобами реабілітації) осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані такі засоби : Наказ Міністерства соціальної політики України від 15.01.2024 № 10. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0127-24>

57. Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів : Постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 № 324. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324-2013-%D0%BF#Text>.

58. Про затвердження Порядку надання послуг у сфері психічного здоров'я з використанням інформаційно-комунікаційних технологій : Постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2025 № 1604. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1604-2025-%D0%BF#Text>.

59. Про затвердження Порядку надання соціальних послуг особам з інвалідністю та особам похилого віку, які страждають на психічні розлади : Постанова Кабінету Міністрів України від 26.06.2019 № 576 // Урядовий кур'єр. 2019. № 131. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4332-20>

60. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13.12.2023 № 2118. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE41471Z?an=3>

61. Про Реєстр надавачів та отримувачів соціальних послуг : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.01.2021 № 99. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/99-2021-%D0%BF#Text>.
62. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 19.06.2025 № 4223-IX // Відомості Верховної Ради України. 2025. № 35. Ст. 235. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/4223-20>
63. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні : Закон України від 22.02.2024 № 3591-IX. Голос України. 2024. URL: <https://www.golos.com.ua/documents/z-4223-ix.pdf> (дата звернення: 08.05.2026).
64. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. Офіційний вебпортал парламенту України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 09.06.2026).
65. Психосоціальна підтримка : вебсайт // Товариство Червоного Хреста України. URL: <https://redcross.org.ua/mhpss/>
66. Психосоціальної Підтримки Товариства Червоного Хреста та Червоного Півмісяця, 2018. 104 с. URL: https://pscentre.org/wp-content/uploads/2022/03/PFA_Module-1_Ukr.pdf
67. Скорик Т. В. Соціально-психологічні проблеми літніх людей. Актуальні дослідження в соціальній сфері : матер. III Міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (Одеса, 17 листоп. 2014 р.) / гол. ред. В. В. Корнєшук. Одеса : Букаєв В.В., 2014. С. 82–84. URL: <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/handle/123456789/879>.
68. Соціальна робота: технологічний аспект : навч. посіб. / за ред. А. Й. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с. ISBN 966-8365-40-2. URL: <https://www.scribd.com/document/902056440/Kapska-Ai-Sotsialna-Robota-Tekhnologichnii-Aspekt> (дата звернення: 09.06.2026).

69. Соціальні проблеми людей похилого віку в Україні : вебсайт. URL: <https://seniorcare.org.ua/soczialni-problemy-lyudej-pohylogo-viku-v-ukrayini/>
70. Стонтон М. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка людей похилого віку в умовах гуманітарних криз : посібник з належної практики / Маріон Стонтон ; за участю Л. Бінгаман ; пер. з англ. Р. Запотічної ; HelpAge International. Лондон, 2024. 23 с. URL: <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2025/06/MHPSS-with-older-people-in-humanitarian-crises-Good-Practice-Guide-Ukrainian.pdf>
71. Територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг) у м. Києві // Департамент соціальної та ветеранської політики виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) : офіційний вебсайт. — URL: <https://dsp.kyivcity.gov.ua/news/terytorialni-tsentry-sotsialnoho-obsluhovuvannia-nadannia-sotsialnykh-posluh-u-m-kyievi>
72. Ушакова І. М. Геронтопсихологія : підручник. Харків : НУЦЗУ : ХНАДУ, 2014. 236 с. ISBN 978-966-303-546-8. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/1245>.
73. Фонд «Незабутні» : веб-сайт. URL: <https://nezabutni.org> (дата звернення: 15.04.2026).
74. Хаджирадєва С. К., Тодорова М. М. Актуалізація проблем психосоціальної допомоги населенню України в умовах війни. Публічне урядування та регіональний розвиток. 2023. № 19. С. 199–219. URL: <https://dspace.chmnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1155/1/Хаджирадєва%20С.%20К.%20Актуалізація%20проблем.pdf>
75. Центр психічного здоров'я та психосоціальної підтримки : офіційна вебсторінка НаУКМА. — URL: <https://www.ukma.edu.ua/index.php/science/tsentri-ta-laboratoriji/cmhpss/tsentr-reabilitatsii>

76. Чому літні люди рідше звертаються за психологічною допомогою та як це виправити. Центр «Рена». 2025. URL: <https://rena.kiev.ua/pochemu-pozhylye-lyudy-rezhe-obrashhayutsya-za-psychologicheskoy-pomoshhyu-y-kak-eto-yspravyt/>
77. Як стати надавачем послуг із психологічної допомоги. Офіційний вебсайт Міністерства у справах ветеранів України. URL: <https://mva.gov.ua/yak-stati-nadavachem-poslug-1> (дата звернення: 09.06.2026).
78. Annual report and financial statements 2023/24 / HelpAge International. London, 2024. 72 p. URL: <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2024/10/HelpAge-Annual-Report-2023-24.pdf> .
79. Havighurst R. J., Neugarten B. L., Tobin S. S. Disengagement and patterns of aging. Middle age and aging: a reader in social psychology. Chicago : University of Chicago Press, 1968. P. 161–172. URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3511723>.
80. Hughes M. E., Waite L. J., Hawkey L. C., Cacioppo J. T. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Research on Aging. 2004. Vol. 26, Issue 6. C. 655–672. DOI: <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
81. I’ve lost the life I knew: older people’s experiences of the Ukraine war : звіт / HelpAge International. 2024. URL: <https://www.sapiens.com.ua/publications/socpol-research/274/ive-lost-the-life-i-knewolder-peoples-experiences-of-the-ukraine-warreport.pdf>
82. Nickerson C. Disengagement Theory of Aging. Simply Psychology. 2023. URL: <https://www.simplypsychology.org/disengagement-theory.html> (дата звернення: 09.06.2026).
83. People in Need в Україні : офіційний вебсайт. — URL: <https://ukraine.peopleinneed.net/ua/>
84. Russell D., Peplau L. A., Cutrona C. E. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. Journal of Personality and

Social Psychology. 1980. Vol. 39, No. 3. P. 472–480. DOI:

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.3.472>

85. UCLA Three-Item Loneliness Scale (UCLA-3). Blueprint. 2024. URL:

<https://ebchelp.blueprint.ai/en/articles/9912854-ucla-three-item-loneliness-scale-ucla-3>

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета. Доступність та потреби у психосоціальній підтримці для мешканців Києва старшого віку

Опитування є анонімним, а Ваші відповіді будуть використані лише в узагальненому вигляді для наукових цілей.

1. Вкажіть Ваш вік:

- ☐ 60–65 років
- ☐ 66–74 роки
- ☐ 75 років і старше

2. Вкажіть Вашу стать:

- ☐ Чоловіча
- ☐ Жіноча

3. У якому районі міста Києва Ви проживаєте?

- ☐ Святошинський
- ☐ Шевченківський
- ☐ Деснянський
- ☐ Дніпровський

4. Чи маєте Ви статус внутрішньо переміщеної особи (ВПО)?

- ☐ Так, переїхав(ла) до Києва після початку повномасштабної війни
- ☐ Так, переїхав(ла) до Києва ДО 2022 року
- ☐ Ні, я місцевий мешканець

5. З ким Ви проживаєте на даний момент?

- ☐ Проживаю один / одна
- ☐ Проживаю з чоловіком / дружиною
- ☐ Проживаю з дітьми або іншими родичами

6. Як би Ви оцінили вплив війни на Ваш внутрішній стан?

- ☐ Стан значно погіршився (постійна тривога, порушення сну, пригніченість)

- ☐ Відчуваю періодичну напругу, але справляюся
- ☐ Мій стан майже не змінився

7. Які наслідки війни найбільше впливають на Ваше самопочуття зараз? (Оберіть до трьох варіантів):

- ☐ Погіршення фізичного здоров'я та загострення хронічних хвороб на тлі постійного стресу.
- ☐ Постійний страх за власну безпеку через обстріли та тривоги.
- ☐ Страх фізичної безпорадності (наприклад, важко самостійно спуститися в укриття).
- ☐ Переживання за рідних, які перебувають у лавах ЗСУ або в небезпечних регіонах.
- ☐ Відчуття самотності через те, що діти/онуки виїхали за кордон або в інші міста.
- ☐ Складнощі з доступом до звичних медичних послуг чи дорогих ліків.
- ☐ Втрата фінансової стабільності (нестача пенсії через стрімке зростання цін).
- ☐ Постійний стрес та виснаження від перегляду негативних новин.
- ☐ Втрата житла або звичного середовища (для тих, хто був змушений переїхати).
- ☐ Війна суттєво не вплинула на мої повсякденні потреби.
- ☐ Інше(запишіть):

8. Чи знаєте Ви про існування безкоштовних послуг соціальної та емоційної підтримки для людей похилого віку у Вашому районі?

- ☐ Так, добре знаю і користувався(лася)
- ☐ Так, чув(ла), але не звертався(лася)
- ☐ Ні, нічого про це не знаю

9. З яких джерел Ви найчастіше отримуєте інформацію про допомогу та соціальні новини? (Можна буде обрати декілька варіантів)

- ☐ Телебачення / Радіо
- ☐ Соціальні мережі (Facebook, Viber-групи, Telegram)
- ☐ Від родичів, друзів або сусідів
- ☐ Від соціального працівника або сімейного лікаря
- ☐ Друковані оголошення (у поліклініці, на під'їзді, в управлінні соцзахисту)
- ☐ Інше(запишіть):

10. Чи користуєтесь Ви смартфоном або інтернетом для пошуку потрібної інформації?

- ☐ Так, користуюся впевнено
- ☐ Користуюся зрідка, коли хтось допомагає
- ☐ Ні, зовсім не користуюся

11. Чи зверталися Ви за соціальною або емоційною підтримкою до спеціалізованих установ протягом останніх 2 років?

- ☐ Так *(якщо так - дайте відповідь на питання 12, 13 та 14)*
- ☐ Ні *(якщо ні, то питання 15)*

12. Наскільки Ви задоволені отриманою допомогою?

- ☐ Повністю задоволений(а)
- ☐ Скоріше задоволений(а)
- ☐ Скоріше не задоволений(а)
- ☐ Зовсім не задоволений(а)

13. З якими труднощами Ви зіткнулися під час отримання допомоги? (Можна обрати декілька варіантів):

- ☐ Довге очікування / великі черги.
- ☐ Багато паперової тяганини або складнощі з документами.
- ☐ Неуважне або нетактовне ставлення персоналу.

☐ Складна процедура запису (наприклад, вимога реєструватися онлайн або через електронні додатки).

☐ Надана інформація була незрозумілою або використовувалося багато складних термінів.

☐ Запропонована допомога не відповідала моїм реальним потребам.

☐ Переривання надання послуг або неможливість їх отримати через повітряні тривоги/відключення світла.

☐ Жодних труднощів, все було добре.

☐ Інше (напишіть) :

14. Як Ви оцінюєте зручність розташування та доступність приміщення установи, до якої Ви зверталися? (можна обрати декілька варіантів)

☐ Дуже зручно, легко дістатися та зайти всередину.

☐ Довелося їхати транспортом, але це не викликало великих труднощів.

☐ Було важко дістатися через проблеми з транспортом або станом здоров'я.

☐ Приміщення було незручним (відсутність пандусів, ліфтів, круті сходи).

☐ Відсутність, незручність або недоступність укриття у будівлі на випадок повітряної тривоги.

☐ Інше(запишіть):

15. Чи зупиняють Вас можливі фінансові витрати від звернення за підтримкою до фахівців?

☐ Так, це суттєва перешкода

☐ Частково, але за нагальної потреби я б звернувся(лася)

☐ Ні, фінансове питання мене не зупиняє

16. Які основні причини заважають вам звернутися за підтримкою? (Можна обрати декілька варіантів):

- ☐ Не знаю, куди звертатися.
- ☐ Важко дістатися через стан здоров'я / транспорт.
- ☐ Не вмію користуватися інтернетом для пошуку інформації
- ☐ Не вірю, що це допоможе.
- ☐ Соромлюся розповідати про свої проблеми чужим людям.
- ☐ Вважаю, що маю справлятися зі своїми проблемами самостійно
- ☐ Немає перешкод, я готовий(а) звертатися за допомогою
- ☐ Інше (запишіть).

17. Наскільки Ви довіряєте спеціалістам (соціальним працівникам, фахівцям територіальних центрів), які надають допомогу в державних або громадських установах?

- ☐ Цілком довіряю
- ☐ Скоріше довіряю
- ☐ Важко відповісти
- ☐ Скоріше не довіряю
- ☐ Зовсім не довіряю

18. Який формат емоційної та соціальної підтримки був би для Вас найбільш комфортним?

- ☐ Індивідуальні бесіди з фахівцем особисто
- ☐ Групові зустрічі з однолітками (клуби, спільне чаювання)
- ☐ Консультації по телефону
- ☐ Творчі або оздоровчі гуртки
- ☐ Інше(запишіть):

19. Яку інформацію Ви б хотіли бачити в інформаційних матеріалах (брошурах, плакатах) щодо отримання підтримки?

- ☐ Чіткі адреси та номери телефонів, куди можна звернутися
- ☐ Просте пояснення того, як саме проходять зустрічі з фахівцями

- ☐ Історії інших людей похилого віку, яким ця допомога стала в нагоді
- ☐ Перелік конкретних безкоштовних послуг

Повторне анкетування

1. Чи знаєте Ви про існування безкоштовних послуг соціальної та емоційної підтримки для людей похилого віку у Вашому районі?

☐ Так, знаю

☐ Ні

2. Чи готові Ви звернутися за професійною допомогою у разі кризи?

☐ Так

☐ Ні

☐ Не впевнений(а)

3. Як ви оцінюєте свій рівень впевненості та наміри щодо використання мапи ментального здоров'я на смартфоні після проходження інструктажу?

☐ Я зможу самостійно використовувати додаток «Київ Цифровий» в майбутньому.

☐ Я потребую допомоги родичів (дітей або онуків) через складність кроків.

☐ Я все одно віддаю перевагу друкованим матеріалам через технічні обмеження.

4. Як саме ви плануєте вчинити з отриманою інформаційною карткою надалі?

☐ Я маю твердий намір скористатися контактами та відвідати заклади найближчим часом.

☐ Я планую зберегти інформаційну картку вдома як постійний орієнтир.

☐ Я маю намір поділитися отриманою інформацією з маломобільними сусідами або друзями.

☐ У мене пасивне або нейтральне ставлення до отриманих матеріалів та інформації.