



# Гендерно-інклюзивний аналіз потреб та досвіду людей похилого віку, що проживають на сході України

**Короткий огляд**

За підтримки:



Реалізовано:





# Огляд гендерного аналізу

Гендерний аналіз та оцінка були проведені Центром соціального аудиту для HelpAge International у 2025 році. Аналіз мав на меті визначити потреби та досвід жінок і чоловіків похилого віку у Східній Україні в контексті гуманітарної кризи, спричиненої повномасштабною війною. Дослідження охопило Донецьку, Харківську, Запорізьку та Дніпропетровську області з фокусом на прифронтові громади. Воно було реалізоване за участі незалежних експертів і консультантів (польова та аналітична робота) у партнерстві з Представництвом HelpAge International в Україні та місцевими національними організаціями – Благодійним Фондом «Право на захист» та Центром надання гуманітарної допомоги «Волонтер-68», у межах гуманітарного проєкту реагування, що фінансується Global Affairs Canada (GAC). Проєкт реалізується HelpAge International Україна у співпраці з «Право на захист» та «Волонтер-68» і передбачає безпосередню роботу з людьми похилого віку у їхніх громадах.

Цей гендерний аналіз досліджував, як гендер перетинається з віком, переміщенням, інвалідністю та іншими факторами у формуванні досвіду жінок і чоловіків похилого віку, зокрема щодо їхнього доступу до допомоги, послуг, захисту та участі. Особливу увагу було приділено виявленню вікових і гендерно зумовлених ризиків, спроможностей та бар'єрів з метою інформування розробки більш інклюзивних та ефективних гуманітарних і відновлювальних програм.

З цією метою було застосовано комплексну методологію з використанням підходу змішаних методів, а також зібрано та проаналізовано дані, дезагреговані за статтю, віком та інвалідністю (SADDD). У межах дослідження Центр соціального аудиту дотримувався підходу гендерно чутливої оцінки, запропонованого Європейським інститутом з питань гендерної рівності (EIGE). Методологія включала оцінку впливу проєкту з урахуванням гендерних ролей, потреб та бар'єрів, а також міжсекторальний підхід, що враховував вік, інвалідність та інші фактори вразливості.

Було застосовано низку додаткових дослідницьких інструментів: кабінетне дослідження, 12 офлайн фокус-груп з бенефіціарами та одну з партнерами (загалом 87 учасників), 10 глибинних інтерв'ю з представниками організацій, що працюють з людьми похилого віку, а також телефонне опитування бенефіціарів (87 респондентів, рівень відповіді 96,7 відсотка). Це забезпечило гендерний баланс (45 жінок і 42 чоловіки) та включало використання опитувальника Вашингтонської групи для аналізу функціональних обмежень. 13 з 87 респондентів були людьми з інвалідністю; 71 — внутрішньо переміщеними особами (ВПО). Крім того, було проведено онлайн-опитування серед 129 працівників і волонтерів партнерських організацій (HelpAge International, «Право на захист» та «Волонтер-68»). Серед учасників онлайн-опитування: 100 осіб — соціальні працівники, 11 — проєктні офіцери, 3 — психологи, 3 — юристи та інші відповідні фахівці.

Дослідження зіткнулося з низкою логістичних і методологічних обмежень, зумовлених військовим станом і безпековою ситуацією, особливо у прифронтових районах. До них належали неможливість проведення фокус-групових дискусій у певних локаціях (наприклад, у Краматорську), обмежений доступ до респондентів через пошкоджену комунікаційну інфраструктуру та затримки у збиранні достатньої кількості відповідей за допомогою онлайн-опитувань. Метод комп'ютеризованого веб-інтерв'ю (CAWI) також потребував ретроспективного коригування розміру вибірки, а для досягнення очікуваної кількості учасників знадобилося більше часу.

Ризики були пов'язані насамперед із суб'єктивними соціально-психологічними реакціями інформантів, зокрема небажанням брати участь, гендерно зумовленими комунікаційними бар'єрами та упередженістю соціальної бажаності. Потенційні гендерні упередження та стереотипи були мінімізовані шляхом збалансованого відбору респондентів, окремих чоловічих/жіночих фокус-груп, нейтрального формулювання запитань та залучення підготовлених інтерв'юєрів. Чутливі відповіді оброблялися з обережністю, а за потреби респондентів замінювали або перенаправляли відповідним чином.

Результати дослідження свідчать, що проєкт GAC «Багатосекторальна гуманітарна допомога найбільш вразливим людям похилого віку, які постраждали від конфлікту у Східній Україні» ефективно реагує на нагальні виклики, з якими стикаються літні люди, підтримуючи їх у наданні адаптованої гуманітарної допомоги з урахуванням вікової інклюзії. Програма відповідає на потреби населення шляхом вирішення таких питань, як зростання кількості осіб похилого віку, що проживають на самоті, порушення систем догляду, послаблення соціальних зв'язків та поглиблення гендерної нерівності в доступі до послуг.

Це дослідження дало змогу визначити не лише матеріальні, але й соціально-психологічні та інформаційні потреби, які відрізняються залежно від гендеру, статусу ВПО, інвалідності та рівня функціональної спроможності серед людей похилого віку. Дослідження підтвердило релевантність поточних програмних втручань проєкту GAC, а також виявило потребу в глибокій персоналізації догляду з урахуванням перетину гендерних чинників.

## Статистична інформація про людей похилого віку в Україні

В Україні люди похилого віку становлять приблизно 25 відсотків населення і після повномасштабного вторгнення стали однією з найбільш уразливих груп, при цьому жінки похилого віку зазнають непропорційно більшого впливу через нерівність, накопичену протягом життя, нижчі доходи та вищі показники хронічних захворювань і соціальної ізоляції. Обмежений доступ до медичної допомоги — особливо у прифронтових регіонах — у поєднанні з пошкодженою інфраструктурою, перевантаженими лікарнями та недостатніми послугами посилив ці вразливості. Понад 70 відсотків людей похилого віку мають хронічні захворювання, при цьому жінки частіше звертаються по медичну допомогу та стикаються з незадоволеними потребами у сфері охорони здоров'я.

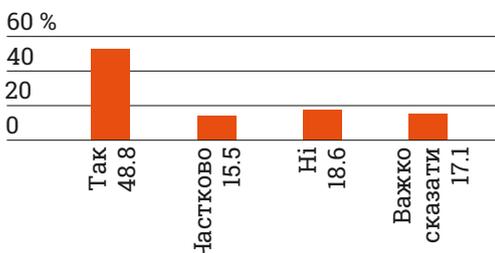
Нерівність доходів є суттєвою: літні жінки отримують пенсії майже на 19 відсотків нижчі, ніж чоловіки, і частіше живуть самі та в бідності, при цьому 44 відсотки осіб віком 70+ проживають наодинці. Гендерні відмінності також простежуються в доступі до соціальних послуг, де жінкам частіше бракує ресурсів для задоволення базових потреб. Інклюзивний аналіз з урахуванням гендеру, віку та інвалідності був необхідним для розуміння конкретних ризиків, потреб і бар'єрів, з якими стикаються люди похилого віку, зокрема жінки, а також для розробки більш ефективних, контекстно чутливих гуманітарних втручань. Дослідження, проведене HelpAge International, надало ключові докази з цих питань і висвітлило прогалини в поточних підходах, запропонувавши напрями для вдосконалення критеріїв вразливості, форматів надання допомоги та майбутнього програмування в умовах, спричинених війною.

## Релевантність інклюзивного підходу з урахуванням гендеру, віку та інвалідності до проєкту GAC

HelpAge International реалізовувала проєкти GAC у східних регіонах України у 2022–2025 роках, визначаючи специфічні потреби людей похилого віку, які постраждали від повномасштабної війни. Проєкт GAC був розроблений із застосуванням гендерно чутливого підходу, реагуючи на демографічні тенденції, згідно з якими жінки становлять більшість серед людей похилого віку через довшу тривалість життя. Проєкт відповідав на критичні потреби шляхом надання правової допомоги, психосоціальної підтримки, догляду вдома та гігієнічної допомоги, охоплюючи як жінок, так і чоловіків похилого віку. Водночас жінки частіше брали на себе ролі доглядальниць та ініціаторів звернень по допомогу, що відображає традиційні гендерні ролі, тоді як чоловіки частіше поклалися на жінок у питаннях отримання допомоги та були менш активними у зверненні по підтримку, як зазначалося у попередніх звітах. Ці відмінності були зафіксовані в оцінках релевантності проєкту:

- Релевантність проєкту GAC для жінок похилого віку: 75.2 відсотка респондентів оцінили релевантність послуг на 5 балів (максимальна оцінка), і 19.4 відсотка — на 4 бали, що свідчить про високий рівень відповідності втручань їхнім потребам.
- Релевантність проєкту GAC для чоловіків похилого віку: 72.1 відсотка респондентів оцінили послуги на 5 балів, а 23.3 відсотка — на 4 бали (шкала 1–5, де 1 — повністю нерелевантно, а 5 — повністю релевантно). Хоча оцінки загалом залишаються позитивними, дещо менша частка чоловіків оцінила послуги як найбільш релевантні порівняно з жінками.

### Розподіл відповідей в онлайн-опитуванні працівників проєкту щодо того, чи враховують проєктні втручання гендерні відмінності, у відсотках.

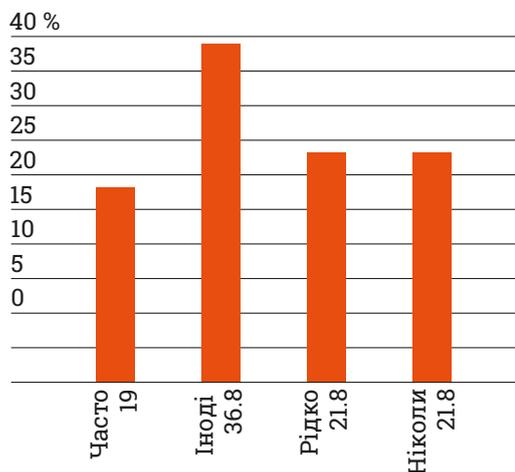


Аналіз показує, що, попри гендерно чутливий підхід проекту, потреби жінок і чоловіків похилого віку на практиці задовольнялися нерівномірно. Літні жінки частіше вказували на незадоволені потреби, пов'язані з доглядом, гігієною та емоційним благополуччям, тоді як чоловіки повідомляли про труднощі із самообслуговуванням, мобільністю та психологічною ізоляцією. Значна частка опитаних працівників (48.8 відсотка) вважала, що програмна діяльність лише частково враховує гендерні відмінності. Послуги мали тенденцію робити акцент на потребах жінок — частково через те, що жінки активніше взаємодіяли з програмою. У громадських послугах гендерна чутливість залишалася непослідовною — чоловіки повідомляли, що не отримують адаптовані гігієнічні набори або відчувають себе поза увагою, тоді як жінки зазначали нестачу необхідних засобів навіть під час догляду за іншими. У своїй концепції проект підкреслював важливість індивідуалізованих та інклюзивних підходів, однак деякі практики залишалися загальними. Ці результати вказують на потребу у більш системній інтеграції гендерного та вікового підходів і кращому визнанні потреб чоловіків похилого віку, особливо у сферах психічного здоров'я та соціальної інклюзії.

## Визначення вразливості

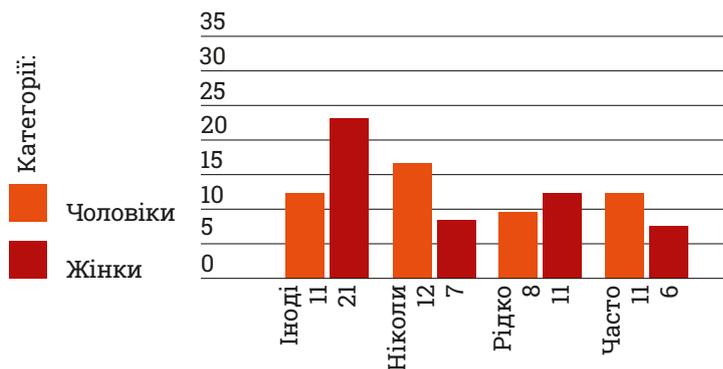
Вразливість людей похилого віку в Україні, як показує цей аналіз, формується на перетині віку, гендеру, інвалідності, переміщення та соціальної ізоляції. Хоча і жінки, і чоловіки похилого віку стикаються з ризиками, пов'язаними з погіршенням здоров'я, хронічними захворюваннями та нестачею соціальної підтримки, вони по-різному переживають і виражають вразливість. Літні чоловіки часто демонструють приховану вразливість, рідко прямо говорять про свої потреби, натомість опосередковано вказують на втрату житла або залежність від інших. Їхня вразливість часто пов'язана з втратою ідентичності через втрату роботи або традиційних ролей годувальника. Літні жінки, своєю чергою, наголошували на фізичній залежності, емоційному виснаженні та самотності — особливо під час догляду за лежачими родичами. Проблеми зі здоров'ям, висока вартість ліків та обмежений доступ до медичної допомоги непропорційно впливають на жінок, які часто виконують роль основних доглядальниць.

### Розподіл відповідей бенефіціарів на запитання «Чи були у вас моменти, коли ви почувалися самотніми?», у відсотках.



### Розподіл бенефіціарів за гендером та вразливістю, пов'язаною з самотністю

Вертикальна вісь: Особи



Соціальна ізоляція є поширеною проблемою. Понад половина бенефіціарів (56.3 відсотка) зазначили, що відчували самотність, з них 19.5 відсотка повідомили, що почувалися самотніми «часто», а 36.8 відсотка — «іноді». Ще 21.8 відсотка зазначили, що рідко відчували самотність, і така ж частка (21.8 відсотка) повідомила, що ніколи не переживала самотності. Загалом 22 жінки та 27 чоловіків серед опитаних бенефіціарів зазначили, що вони почувалися самотніми. Ці результати підкреслюють потребу в гендерно чутливій психосоціалній підтримці та цільових заходах для зменшення соціальної ізоляції. Гуманітарні втручання також мають враховувати потреби осіб із хронічними захворюваннями, які не мають формального статусу інвалідності, а також тих, хто проживає в неналежному або недоступному житлі. Ці чинники додатково обмежують спроможність держави підтримувати вразливих людей похилого віку та сприяють їхній соціальній ізоляції й самотності.

Опитування персоналу показало, що у кількох категоріях вразливості – включно з самотніми людьми похилого віку без опікунів або близьких родичів, тими, хто переживає умовну самотність (проживання наодинці або з далекими родичами), а також особами з інвалідністю I, II та III груп (як визначено національною системою класифікації інвалідності, де I група включає осіб, які повністю залежать від інших у догляді та потребують постійного нагляду, отримуючи вищі рівні державних виплат і соціальних гарантій, ніж особи з II та III груп; II група включає осіб зі значними функціональними обмеженнями, які зберігають здатність до часткового самообслуговування; а III група стосується осіб із помірною інвалідністю та обмеженою працездатністю) – сприймані ризики були майже однаковими для жінок і чоловіків похилого віку.

Це свідчить про те, що з точки зору персоналу проєкту гендер не мав суттєвого впливу на розуміння вразливості у цих конкретних випадках. Водночас помітні гендерні відмінності були зафіксовані у трьох конкретних категоріях. Серед людей похилого віку з хронічними захворюваннями жінки визначалися як більш вразливі – з різницею у сприйнятті на 8,6 відсотка порівняно з чоловіками. У категорії ВПО жінки похилого віку знову розглядалися як такі, що перебувають у більшій групі ризику, з показником ідентифікації на 10 відсотків вищим, ніж у чоловіків. Найбільша різниця була виявлена серед людей похилого віку, які проживають у сільській місцевості, де жінки сприймалися як більш вразливі з різницею у 21 відсоток.

У всіх трьох випадках жінки похилого віку вважалися більш вразливими, що відображає нашаровані ризики, з якими вони стикаються через більшу тривалість життя, вищі навантаження з догляду, обмежений доступ до послуг в ізольованих умовах та нижчий рівень економічної захищеності.

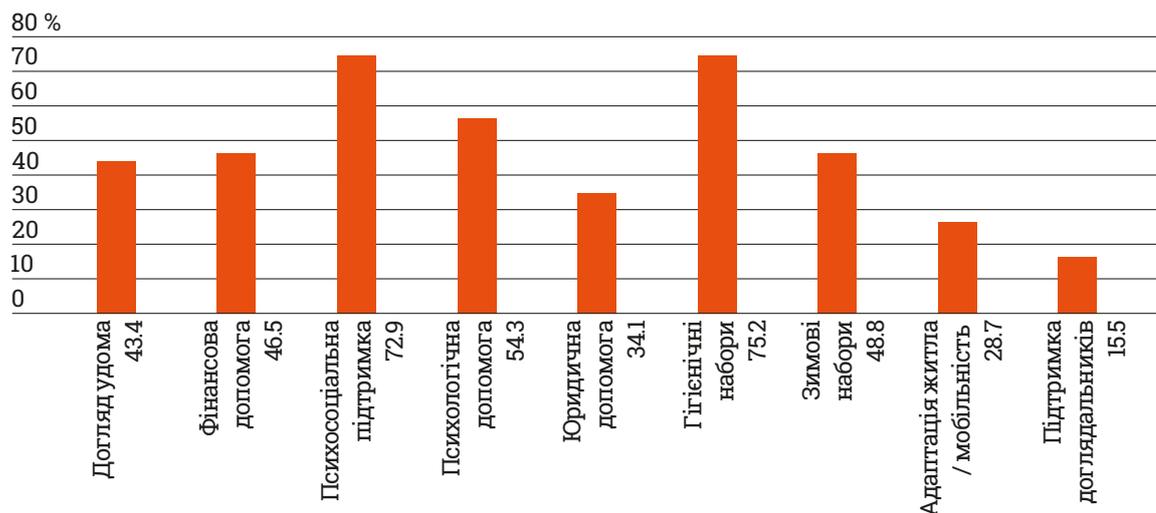
Окремі групи населення перебувають у зоні особливо високого ризику, зокрема люди похилого віку, самотні особи без сімейної підтримки, жінки, які доглядають за лежачими родичами, люди з тяжкими захворюваннями без статусу інвалідності, ті, хто проживає у пошкодженому або непридатному житлі, особи без доступу до телефону чи інтернету, незареєстровані переміщені особи, а також люди з професійними захворюваннями. Аналіз також визначає потребу в інклюзивних гуманітарних програмах з урахуванням гендеру, віку та інвалідності, які враховують як видимі, так і невидимі форми вразливості серед людей похилого віку.

Згідно з інтерв'ю з персоналом, доступ до медичної допомоги залишається критично обмеженим, особливо у прифронтових регіонах, таких як Слов'янськ і Краматорськ, де лікарні надають пріоритет пораненим військовим. Персонал повідомляв, що без адвоката або юридичного представника люди похилого віку стикаються з надзвичайними труднощами в отриманні інклюзивного лікування, що враховувало б гендерні та вікові особливості та інвалідність. Переміщені особи у тимчасових притулках повідомляють про тривале очікування на догляд і неможливість оплатити приватні послуги. Ейджизм та перевантаженість системи погіршують ситуацію. Ці умови підсилюють потребу в індивідуалізованій та інклюзивній гуманітарній програмі, що враховує гендер, вік та інвалідність, а також як видимі, так і невидимі форми вразливості серед людей похилого віку.

## Аналіз доступу до ресурсів та послуг

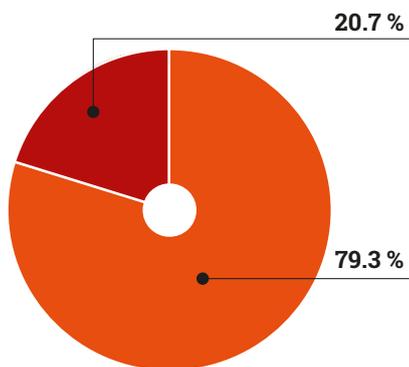
Жінки похилого віку загалом демонструють вищий рівень обізнаності та залученості до гуманітарних послуг, ніж чоловіки похилого віку. Жінки активніше звертаються до волонтерів, відвідують заходи з розподілу допомоги та користуються застосунком Helsi.me (найбільшою в Україні електронною медичною інформаційною системою (MIS) для пацієнтів і лікарів, яка дозволяє знайти лікаря, записатися на прийом онлайн, підписати декларацію з сімейним лікарем і зберігати всі медичні дані (рецепти, аналізи) в одному місці). Натомість чоловіки похилого віку частіше покладаються на інших, зокрема на родичів або сусідів, і рідше звертаються по допомогу самостійно.

**Види допомоги, отриманої бенефіціарами за останні 12 місяців, у відсотках.**

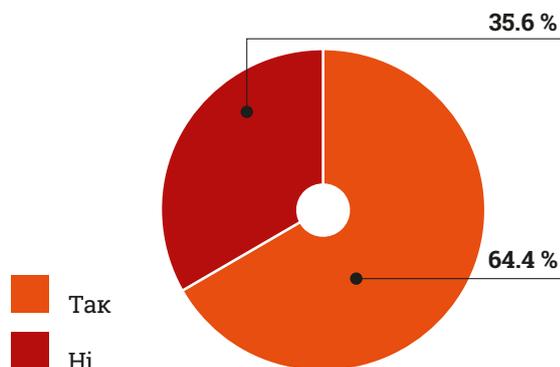


Більшість бенефіціарів, опитаних під час телефонного опитування, зазначили, що отримана ними підтримка насамперед була спрямована на задоволення базових потреб, зокрема гігієнічні набори (65,5 відсотка – 32 жінки та 25 чоловіків) і грошова допомога (43,7 відсотка – 20 жінок та 18 чоловіків). Про психологічну підтримку (32,2 відсотка – 17 жінок та 11 чоловіків) і психосоціальну підтримку (34,1 відсотка – 18 жінок та 12 чоловіків) повідомляли рідше. Юридичні послуги (25,3 відсотка – 14 жінок та 8 чоловіків), догляд удома (19,5 відсотка – 10 жінок та 7 чоловіків) і адаптація житла або підтримка мобільності (14,9 відсотка – 6 жінок та 7 чоловіків) належали до найменш поширених форм допомоги. Результати фокус-групових обговорень додатково показали, що як чоловіки, так і жінки похилого віку зі східної України повідомляли про хронічні проблеми зі здоров'ям, пов'язані з попередніми умовами праці, що може впливати на їхні потреби в підтримці. Загалом, жінки похилого віку повідомляли про отримання більшості видів допомоги дещо частіше, ніж чоловіки, при цьому найбільші гендерні відмінності спостерігалися у наданні гігієнічних наборів, юридичних послуг, психологічної та психосоціальної підтримки. Ці розриви можуть бути зумовлені плануванням та інформуванням про програми допомоги, деякі з яких є більш адаптованими або доступними для жінок похилого віку. Соціальні норми та відмінності у поведінці щодо звернення по допомогу також можуть відігравати роль, оскільки чоловіки похилого віку можуть рідше запитувати або користуватися певними послугами, які вони вважають нерелевантними для своїх потреб.

**Розподіл відповідей респондентів на запитання, чи мають вони доступ до необхідних їм послуг, у відсотках.**



**Розподіл відповідей респондентів щодо того, чи можуть вони отримувати гуманітарну допомогу, яка відповідає їхнім потребам, у безпечний та доступний спосіб, у відсотках.**



Опитування бенефіціарів HelpAge International та партнерських організацій показало, що більшість респондентів повідомили, що отримана ними підтримка відповідала їхнім потребам: 90,8 відсотка були задоволені (40 жінок та 39 чоловіків похилого віку), 79,3 відсотка мали доступ до необхідних послуг (38 жінок та 31 чоловік похилого віку), 71,3 відсотка отримували належну медичну або доглядову підтримку (38 жінок та 24 чоловіки похилого віку), а 77 відсотків підтвердили безпечний доступ до медичних закладів (34 жінки та 33 чоловіки похилого віку).

Водночас 35,6 відсотка (17 жінок та 14 чоловіків) зазначили, що допомога не повністю задовольняє їхні потреби або є важкодоступною, головним чином через обмежену мобільність, нестачу транспорту, нерегулярну інформацію та нерівномірний розподіл, при цьому найбільші прогалини спостерігалися серед жінок похилого віку з хронічними захворюваннями, переміщених жінок та мешканців сільської місцевості. Грошова допомога була особливо обмеженою: лише 24,1 відсотка (7 жінок та 14 чоловіків) отримали грошову допомогу, і лише 25 відсотків (2 жінки та 7 чоловіків) заявили, що вона задовольнила їхні потреби; жінки частіше повідомляли про її недостатність, тоді як чоловіки частіше відзначали відсутність залучення до прийняття рішень щодо витрат, що підкреслює гендерні відмінності у фінансових навантаженнях та можливостях впливу. Респонденти також наголошували на потребі в орієнтованих на майбутнє послугах, таких як догляд удома та превентивна підтримка, тоді як ефективність проекту посилювалася завдяки співпраці з місцевими органами влади, навчання персоналу та адаптації до місцевого контексту.

Більшість респондентів (71,3 відсотка – 38 жінок та 24 чоловіки похилого віку) вважають, що отримують належну медичну та доглядову підтримку, тоді як майже третина (28,7 відсотка – 7 жінок похилого віку та 18 чоловіків) – ні. Крім того, 77 відсотків респондентів (34 жінки похилого віку та 33 чоловіки похилого віку) зазначили, що мають безпечний доступ до медичних закладів, тоді як 23 відсотки (11 жінок похилого віку та 9 чоловіків похилого віку) повідомили протилежне.

Це свідчить про те, що хоча більшість опитаних чоловіків похилого віку вважають ситуацію прийнятною, частина населення має обмежений або складний доступ до медичних послуг, що може мати серйозні наслідки для їхнього здоров'я та добробуту.

#### Розподіл відповідей респондентів на запитання щодо можливості отримання медичної та доглядової підтримки і доступу до медичних закладів.

Відповідь	Кількість осіб	Жінки	Чоловіки	%
Чи відчуваєте ви, що отримуєте належну медичну та доглядову підтримку?				
Так	62	38	24	71.3
Ні	25	7	18	28.7
<b>Усього</b>	<b>87</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100</b>
Чи маєте ви безпечний доступ до медичних закладів?				
Так	67	34	33	77
Ні	20	11	9	23
<b>Усього</b>	<b>87</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>100</b>

Загалом респонденти вказують на такі причини, через які вони не отримують належної медичної та доглядової підтримки або не мають безпечного доступу до медичних закладів, включно з тими, що не підтримуються проектом:

- 59,4 відсотка – недостатньо коштів для оплати медичної допомоги (7 жінок, 12 чоловіків).
- 25 відсотків – у цій місцевості немає працюючих медичних закладів (6 жінок, 2 чоловіки).
- 25 відсотків – небезпечно добиратися до медичних закладів (5 жінок та 3 чоловіки).
- 3,1 відсотка – немає ліків (0 жінок, 1 чоловік).
- 3,1 відсотка – лікарня розташована дуже далеко (0 жінок, 1 чоловік).
- 3,1 відсотка – немає хороших лікарів (0 жінок, 1 чоловік).
- 3,1 відсотка – складно записатися, багато бюрократії, дивне ставлення лікарів, складно для людини з порушеннями мобільності (0 жінок, 1 чоловік).
- 9,3 відсотка – не стосується / не звертався / ще не звертався (0 жінок, 3 чоловіки).

Продовольча небезпека була другою найбільш часто згадуваною потребою після медичної підтримки, при цьому люди похилого віку, особливо з низькими доходами, наголошували на нестачі їжі, опалення, житла та зимового одягу. Деякі респонденти також зазначали потребу в інформації та відчутті безпеки. За оцінками надавачів послуг, лише 29,5 відсотка оцінили доступ до послуг для людей похилого віку як легкий (оцінки 1–2), тоді як 70,5 відсотка оцінили його як помірний або складний (оцінки 3–5). Регіональний аналіз показав, що найкращий доступ був у Харкові (50 відсотків оцінили доступ як легкий), далі йде Донецький регіон (42,3 відсотка), тоді як у Запорізькій та Дніпропетровській областях був вищий відсоток людей, які повідомляли про труднощі (33–35 відсотків).

Хоча показники доступу не були дезагреговані за гендерною ознакою, попередні опитування бенефіціарів показали, що жінки частіше стикалися з труднощами в отриманні допомоги, чи то через проблеми з мобільністю або інформаційні бар'єри, чи через обмежену доступність з боку надавачів послуг, що свідчить про те, що жінки похилого віку можуть непропорційно зазнавати впливу логістичних та інформаційних перешкод.

## Регіональний розподіл оцінок працівників щодо доступності послуг для людей похилого віку.

Регіон	Шкала оцінювання					Кількість опитаних працівників
	1	2	3	4	5	
Дніпро	6.8	14.9	<b>44.6</b>	20.3	13.5	74
Донецьк	15.4	26.9	<b>38.5</b>	7.7	11.5	26
Запоріжжя	5.9	23.5	<b>35.3</b>	11.8	23.5	17
Харків	25.0	25.0	<b>16.7</b>	8.3	25.0	12
<b>129</b>						

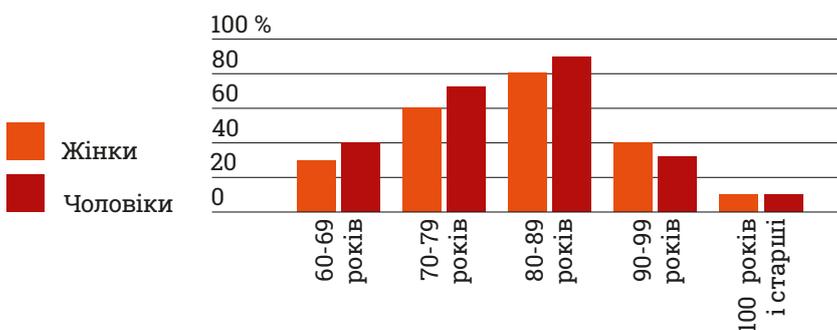
Водночас більшість опитаних працівників (понад 70 відповідей) вважають, що гуманітарні організації враховують гендерні та вікові аспекти у своїй роботі. Разом з тим близько 15 учасників зазначили, що це відбувається не завжди або взагалі не впроваджується, а деякі надали розмиті або нейтральні відповіді. На практиці підходи до врахування перетину гендеру, віку та інвалідності є непослідовними: чоловіків похилого віку часто не помічають, люди похилого віку з обмеженою мобільністю не мають доступу до послуг, а жінки похилого віку сприймаються переважно як пасивні отримувачі допомоги.

Жінки похилого віку є активнішими у пошуку допомоги та участі в громадських або гуманітарних ініціативах, тоді як чоловіки похилого віку частіше залишаються ізольованими та менш поінформованими через нижчий рівень ініціативності, цифрову неграмотність (яка впливає на обидві статі, хоча жінки похилого віку загалом зазнають більшого впливу) та небажання звертатися по підтримку. Жінки частіше отримують доступ до ліків, продуктів харчування та консультацій, часто завдяки мережам соціальних працівників, тоді як чоловіки зазвичай повідомляють, що не знають, куди звертатися, стикаються з бар'єрами у комунікації або пересуванні та залишаються виключеними з механізмів допомоги. У всіх регіонах доступ до допомоги та охорони здоров'я залишається фрагментованим, і багато людей похилого віку — особливо в менших або прифронтових громадах — змушені поклатися на випадок, власні зусилля або неформальні зв'язки, щоб орієнтуватися у складних системах.

## Гендерні та вікові бар'єри в доступі до прав, інформації, ролей та участі в ухваленні рішень

86,8 відсотка працівників проекту визначили вікову групу 80–89 років як найбільш уразливу — як серед жінок, так і серед чоловіків.

Розподіл відповідей працівників за віковими групами людей похилого віку, які найбільше потребують підтримки, у відсотках.



Це свідчить про те, що саме старші вікові групи працівники проекту вважають критичними та такими, що потребують підтримки — особливо в умовах значного погіршення фізичного здоров'я, когнітивних функцій, мобільності та здатності до самообслуговування.

У цьому віці люди похилого віку часто вже мають кілька хронічних захворювань, можуть залежати від зовнішньої допомоги та втрачати соціальні зв'язки. Гендерні відмінності в цьому випадку відходять на другий план, оскільки потреба в постійній підтримці стає визначальною незалежно від статі. Водночас варто зазначити, що гендерно чутливі послуги допомагають адаптувати та індивідуалізувати підтримку для людей похилого віку.

Високий рівень уразливості також характерний для вікової групи 70–79 років — 71,3 відсотка опитаних жінок і 76,7 відсотка чоловіків. Хоча ця вікова категорія не вважається критичною, працівники вже фіксують зростання потреб у догляді в поєднанні зі зниженням функціональності та соціальною ізоляцією.

Цікаво, що уразливість спостерігається в усіх старших вікових групах, зокрема серед осіб віком 60–69 років (39,5 відсотка жінок, 45,7 відсотка чоловіків), що свідчить про те, що вік сам по собі не є достатнім визначальним фактором потреби в підтримці. Люди похилого віку можуть бути повністю спроможними та незалежними; однак за наявності додаткових факторів уразливості — таких як інвалідність, обмежена мобільність, самотність, відсутність фінансової безпеки, зруйноване житло внаслідок російських обстрілів або відсутність своєчасного доступу до медичної допомоги в прифронтових територіях — ризики для життя стають значними. Це підкреслює, що уразливість виникає внаслідок взаємодії віку з гендером, станом здоров'я, інвалідністю, переміщенням, умовами проживання та доступом до сімейної й громадської підтримки. Відповідно, фахівці схильні оцінювати потреби в підтримці, враховуючи вік разом із цими додатковими факторами, зокрема соціальну ізоляцію та доступність послуг.

Дані, отримані від працівників проєкту, підтверджують, що доступ до послуг для людей похилого віку обмежується не лише матеріальними чинниками, а й системними бар'єрами — інформаційними, логістичними та соціальними, — що потребує комплексної гуманітарної відповіді з урахуванням гендерного та вікового контексту.

#### Відповіді респондентів щодо факторів, які обмежують доступ людей похилого віку до послуг, у відсотках.



Жінки похилого віку в громадах часто відіграють неформальну лідерську роль, полегшуючи доступ до послуг для інших, збираючи інформацію та допомагаючи організувати розподіл допомоги, однак їхні зусилля залишаються невизнаними в межах формальних систем. Чоловіки, навпаки, частіше зазнають більшої інформаційної та соціальної ізоляції, повідомляючи про обмежену взаємодію з надавачами послуг і відчуття ігнорування як у наданні допомоги, так і в ухваленні рішень. У той час як жінки стикаються з викликами, пов'язаними з тягарем догляду та відсутністю формального статусу уразливості, чоловіки частіше зіштовхуються з бар'єрами, пов'язаними з мобільністю, цифровою неграмотністю та відстороненістю, що підкреслює різні, але однаково системні перешкоди гуманітарному доступу.

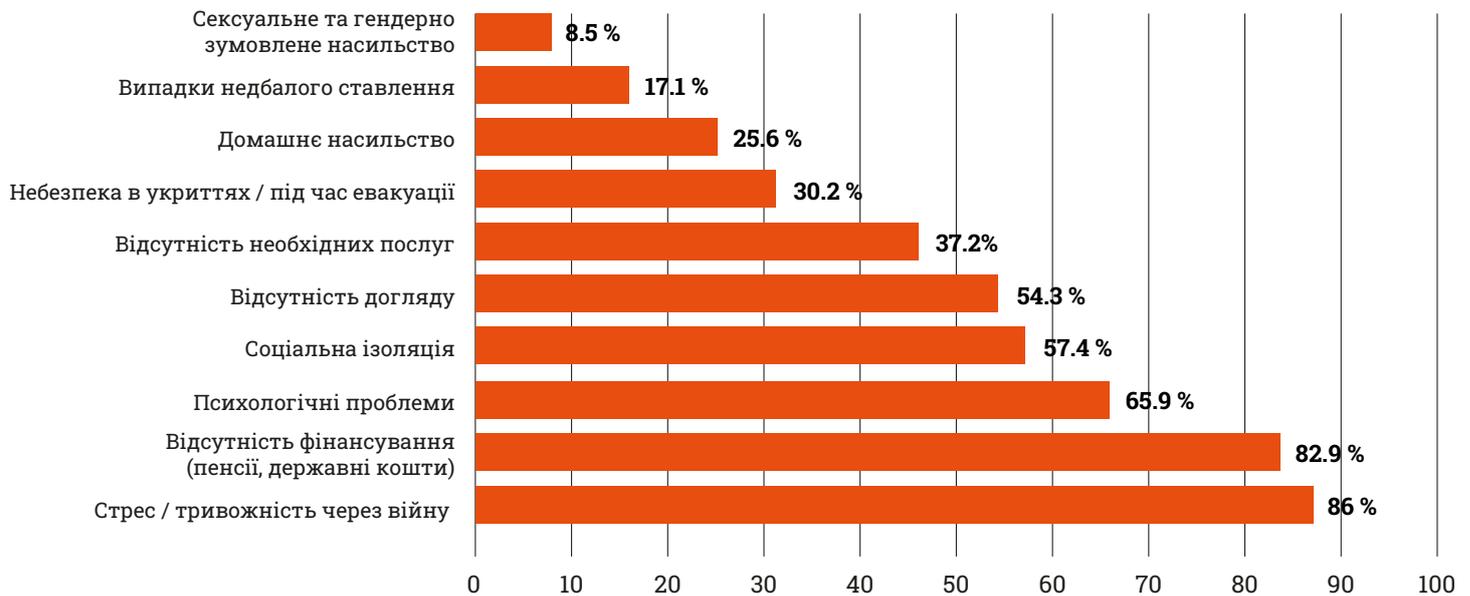
Працівники проєкту HelpAge International визначили низку системних бар'єрів, які обмежують доступ людей похилого віку до гуманітарних послуг. Найчастіше згадувалися відсутність транспорту та віддаленість пунктів надання послуг (48 згадувань), низька поінформованість та інформаційні

бар'єри через цифрову неграмотність (37), фізична недоступність і обмеження мобільності (29), а також соціальна ізоляція, зокрема серед жінок похилого віку, які проживають самі (21). Додаткові бар'єри включають економічну уразливість (14), гендерні та психологічні чинники, що впливають на поведінку звернення по допомогу (12), бюрократичну складність доступу до підтримки (11) та безпекові ризики в прифронтових районах (9), при цьому деякі виклики непропорційно впливають на жінок (наприклад, фінансові труднощі, тягар догляду), а інші частіше характерні для чоловіків (наприклад, небажання звертатися по допомогу).

## Контекстні ризики та безпека

Відповіді, отримані від працівників проєкту, свідчать, що основними ризиками для людей похилого віку в зоні війни є не лише фізична небезпека, а насамперед психологічний стрес, відсутність фінансової підтримки та соціальна ізоляція.

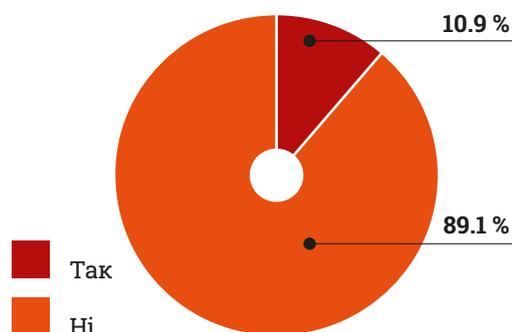
### Ризики для безпеки людей похилого віку, визначені працівниками проєкту, у відсотках.



Поєднання наведених вище чинників вказує на глибоку комплексну уразливість, яка охоплює як емоційний стан, так і відсутність базового догляду та системних ресурсів. Це підкреслює необхідність цілісного підходу до гуманітарної допомоги, який враховує як матеріальні, так і психосоціальні потреби людей похилого віку.

Випадки економічного насильства згадуються окремо від насильства з боку родичів та загальної вікової дискримінації, зокрема у сфері працевлаштування, що підкреслює потребу в посиленому моніторингу, кращій міжвідомчій співпраці та адвокації прав людей похилого віку, навіть якщо самі факти порушень фіксуються рідко, як показано на графіку нижче:

### Порушення прав людей похилого віку в практиці роботи працівників проєкту, у відсотках.

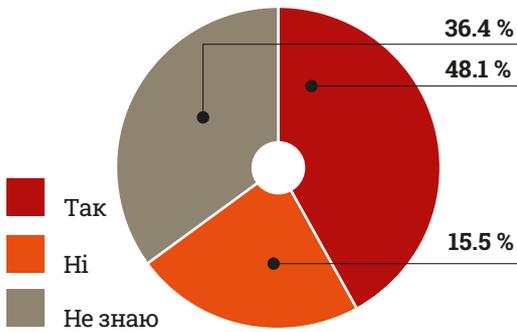


Лише 10,9 відсотка працівників, які працюють з людьми похилого віку, повідомили, що їм відомі випадки порушення прав цієї категорії населення. Водночас навіть поодинокі згадки виявляють типові системні проблеми: відмови у наданні субсидій або пенсій, недоступність медичних послуг, бюрократичні труднощі в оформленні документів, а також ігнорування потреб людей з обмеженою мобільністю в гуманітарних програмах.

## Аналіз впливу конфлікту та структури влади в громадах на становище людей похилого віку

Війна призвела не лише до руйнування інфраструктури, а й до розпаду соціальних зв'язків. Багато людей похилого віку втратили свої домівки, підтримку громади або опинилися в новому середовищі як ВПО без друзів і родичів. Державні структури або відсутні, або залишаються формальними. Проблеми вирішуються завдяки ініціативам окремих активістів чи благодійних організацій. Люди похилого віку не знають, до кого звертатися, кому довіряти, у кого просити допомоги.

**Наявність непроєктних ініціатив для допомоги людям похилого віку за відповідями працівників проекту, у відсотках.**



Близько половини опитаних працівників (48,1 відсотка) зазначили, що в їхніх громадах існують ініціативи або проєкти (окрім HelpAge International, «Право на захист» та «Волонтер-68»), які підтримують людей похилого віку. Водночас 36,4 відсотка не мають інформації про такі ініціативи, а 15,5 відсотка вказали на їх відсутність. Це може свідчити про нерівномірну доступність програм підтримки або недостатню поінформованість мешканців щодо наявних можливостей.

Доступність підтримки для людей похилого віку значною мірою залежить від локального контексту. Аналіз регіонального розподілу відповідей показує, що найбільша кількість ініціатив для підтримки людей похилого віку була зафіксована в Запорізькій (64,7 відсотка) та Харківській (66,7 відсотка) областях. У Донецькій області 50 відсотків респондентів також підтвердили наявність таких програм, проте рівень невизначеності там вищий — 42,3 відсотка відповіли «не знаю». У Дніпропетровській області рівень обізнаності нижчий — лише 40,5 відсотка респондентів зазначили, що у їхній громаді є відповідні ініціативи.

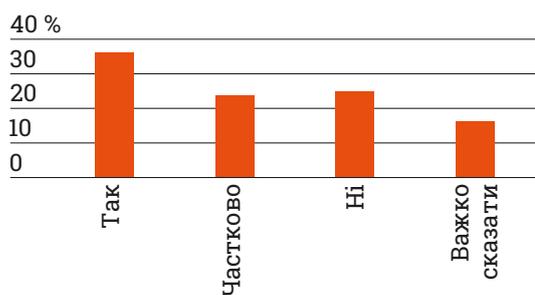
**Регіональний розподіл відповідей працівників проекту щодо їх обізнаності про наявність ініціатив з підтримки людей похилого віку.**

Регіон	Не знаю	Ні	Так	Кількість відповідей
Дніпро	26	18	30	74
Донецьк	11	2	13	26
Запоріжжя	6	-	11	17
Харків	4	-	8	12
<b>Кількість відповідей</b>	<b>47</b>	<b>20</b>	<b>62</b>	<b>129</b>

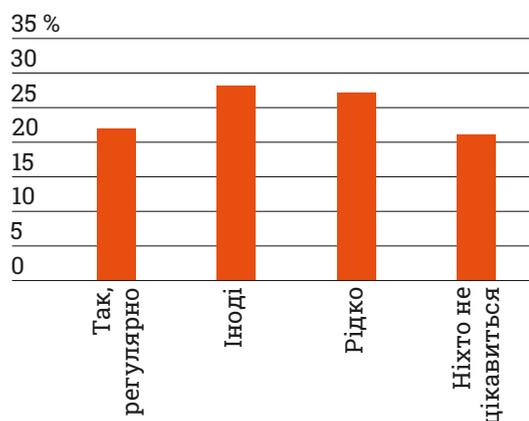
Телефонне опитування бенефіціарів показало, що залученість громади до підтримки людей похилого віку є частковою та загалом недостатньою. Добробут бенефіціарів залежить як від того, наскільки громада взаємодіє з ними, так і від наявності відповідної інфраструктури та програм підтримки. Відповіді респондентів виявили прогалини в умовах перебування у прихистках, доступі до соціальних працівників, увазі до потреб людей похилого віку, а також у наданні роз'яснень щодо послуг, фінансової підтримки та медичних гарантій.

Загалом респонденти повідомляли про обмежену підтримку в цих сферах. У більшості критеріїв відповідей не було зафіксовано суттєвих відмінностей між жінками та чоловіками; однак на запитання, чи вважають вони, що їхня громада (село або місто) піклується про людей похилого віку, 12 жінок і 18 чоловіків відповіли ствердно («Так» — 34,5 відсотка), що свідчить про дещо вищий рівень довіри серед чоловіків похилого віку. Значна частка респондентів зазначила, що не відчуває турботи або не має соціального контакту з представниками громади — як формальними (староста або волонтери), так і неформальними (сусіди), що підкреслює потребу в більш системному залученні громади до роботи з людьми похилого віку.

**Розподіл відповідей бенефіціарів на запитання «Чи вважаєте ви, що ваша громада (село, місто) піклується про людей похилого віку?», у відсотках.**

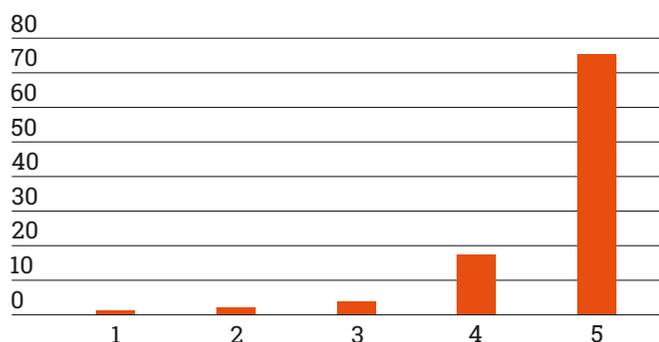


**Розподіл відповідей бенефіціарів на запитання «Чи хтось у громаді (староста, волонтери, сусіди) запитує, як у вас справи / що вам потрібно?», у відсотках.**



Результати опитування щодо того, чи виявляють члени громади інтерес до добробуту людей похилого віку, показують, що варіант «Іноді» (28,7 відсотка) обрали 16 жінок і 9 чоловіків, «Ніхто» (20,7 відсотка) — 6 жінок і 12 чоловіків, «Рідко» (27,6 відсотка) — 11 жінок і 13 чоловіків, а «Так, регулярно» (23 відсотки) — 12 жінок і 8 чоловіків. Жінки похилого віку частіше отримують регулярну або періодичну увагу з боку громади, тоді як чоловіки похилого віку частіше отримують мало уваги або не отримують її зовсім, що підвищує ризик соціальної ізоляції, особливо в умовах конфлікту, економічної нестабільності або зниження мобільності у пізнішому віці. Ці тенденції підкреслюють важливість надання цільової соціальної допомоги та підтримки з боку громади, особливо для чоловіків похилого віку, які є менш помітними у громадських мережах.

**Як працівники оцінюють вплив підтримки людей похилого віку на добробут громади (за шкалою від 1 — зовсім ні, до 5 — повністю).**



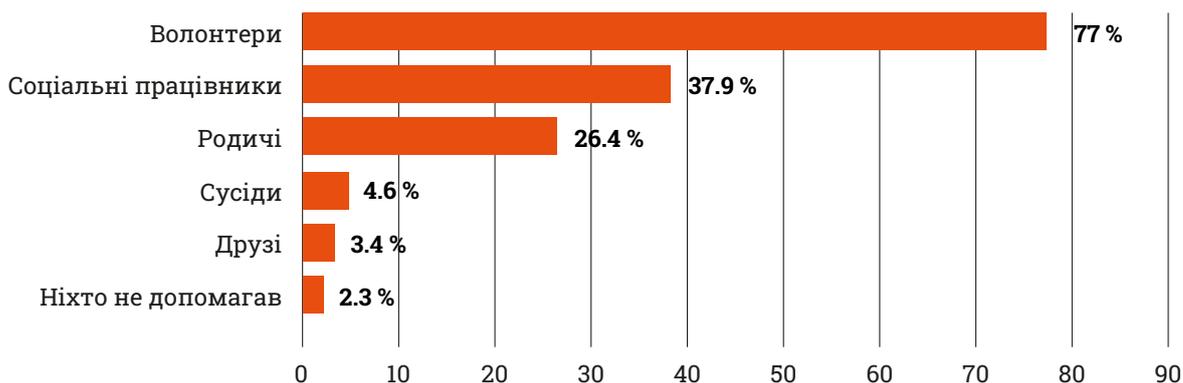
Переважна більшість працівників (понад 93 відсотки) вважають, що підтримка людей похилого віку має позитивний вплив на добробут громади. Це свідчить про те, що респонденти усвідомлюють важливість соціальної інклюзії людей похилого віку та визнають їхню роль у зміцненні стійкості й згуртованості місцевих громад.

Війна суттєво порушила традиційні соціальні структури та послабила довіру до місцевої влади, залишивши багатьох людей похилого віку — особливо тих, хто не має зв'язків, мобільності або статусу — поза формальними системами підтримки. Хоча члени громади, релігійні організації та волонтери долучилися до заповнення цієї прогалини, така неформальна допомога часто не має спроможності охопити ізольованих осіб. Жінки похилого віку частіше беруть на себе неформальні лідерські ролі в прихистках і громадах, тоді як чоловіки похилого віку нерідко висловлюють відчуття покинутості та відчуженості. Ця ситуація підкреслює потребу інституціоналізувати та розширити місцеві механізми підтримки, щоб ніхто не залишився позаду.

## Можливості та ресурси громади

Підтримка людей похилого віку на рівні громади здебільшого забезпечується волонтерами: 77 відсотків респондентів (31 жінка і 36 чоловіків) зазначили, що отримували від них допомогу, що підкреслює ключову роль громадянського суспільства. Жінки активніше долучаються до громадських ініціатив, таких як гуртки за інтересами або групи дозвілля, тоді як чоловіки переважно залишаються осторонь. Соціальні працівники надали допомогу 28 жінкам і лише 5 чоловікам, що відображає міцніші інституційні зв'язки серед жінок і недостатню залученість чоловіків похилого віку до отримання зовнішньої підтримки. Родичі підтримували 14 жінок і 9 чоловіків, що свідчить про обмежену, але наявну сімейну допомогу в окремих випадках. Невелика кількість (2,3 відсотка) повідомила, що не отримувала жодної підтримки, що підкреслює стійку вразливість.

### Розподіл відповідей бенефіціарів на запитання «Хто допомагав вам останнім часом?», у відсотках

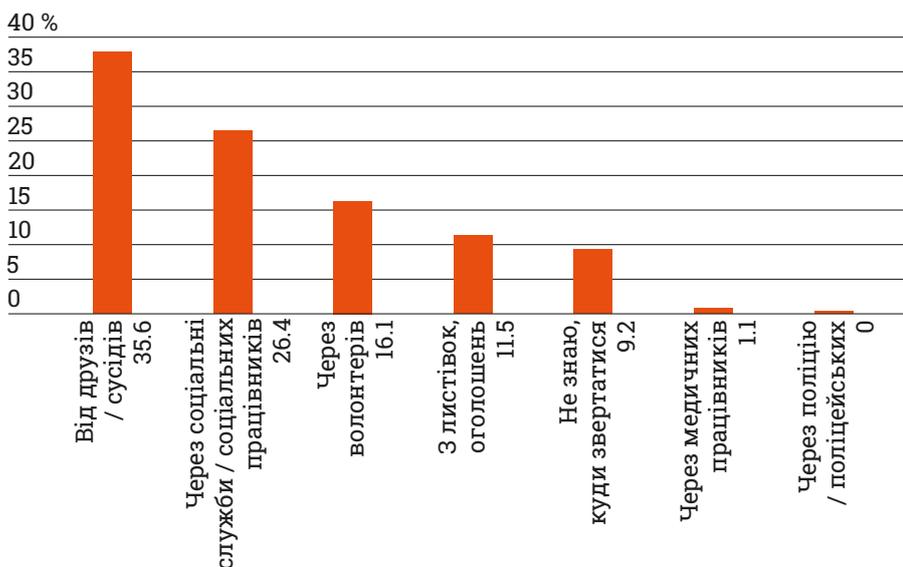


Половина респондентів (50,6 відсотка — 28 жінок і 16 чоловіків) знали, до кого звертатися по допомогу, тоді як інша половина (49,4 відсотка загалом — 17 жінок і 26 чоловіків) або не знали зовсім, або не були впевнені, що зможуть її отримати. Це свідчить про те, що навіть за наявності активних волонтерських і благодійних ініціатив значна частина людей похилого віку не обізнана з шляхами доступу до допомоги.

Для людей похилого віку ключовим джерелом інформації про можливість отримання допомоги є найближче оточення — друзі та сусіди (35,6 відсотка — 14 жінок і 17 чоловіків), що вказує на високу роль неформальних комунікацій. Соціальні служби та соціальні працівники є наступним за поширеністю джерелом інформації для людей похилого віку (26,4 відсотка — 13 жінок і 10 чоловіків), тоді як лише кожен шостий дізнається про доступну допомогу від волонтерів (16,1 відсотка — 9 жінок і 5 чоловіків). Значна частка людей похилого віку орієнтується на традиційні канали — листівки та друковану рекламу (11,5 відсотка — 4 жінки і 6 чоловіків). Тривожно, що майже 9,2 відсотка респондентів (5 жінок і 3 чоловіки) зазначили, що не знають, де шукати допомогу, що може свідчити про інформаційну ізоляцію окремих осіб. Зокрема, медичні працівники та поліція майже не згадуються, що підкреслює недостатню міжсекторальну взаємодію у поінформуванні людей похилого віку.

Це - потенціал для розвитку програм соціальної активізації для чоловіків похилого віку, розширення кола підтримки для людей з особливими потребами та формування сталих каналів комунікації в громаді.

## Джерела інформації про допомогу для людей похилого віку, у відсотках.



Дослідження також показало високий потенціал громад, волонтерських ініціатив і релігійних організацій у наданні підтримки жінкам і чоловікам похилого віку. Водночас ця підтримка так само часто є ситуативною, неформальною та нестабільною, а отже, на неї не можна покладатися як на єдине джерело. Однією з ключових причин є триваюча війна, яка суттєво підриває спроможність місцевих громад планувати та реалізовувати діяльність через постійні порушення, спричинені бойовими діями на сході, а також через відсутність стабільних річних бюджетів для цих груп або довгострокових програм підтримки людей похилого віку. Існує нагальна потреба в тому, щоб органи влади покращили планування та координацію підтримки людей похилого віку під час війни. Крім того, благодійні організації та НУО зазвичай працюють у межах обмежених часових рамок окремих проєктів, що означає, що їхня допомога часто є тимчасовою і прив'язаною до проєктних циклів, а не до довгострокових системних рішень.

Результати дослідження підтверджують ефективність інтегрованого підходу до гуманітарної допомоги, зокрема поєднання грошової допомоги, догляду вдома, адаптації житла, а також юридичних і психологічних послуг. Водночас дослідження також демонструє потребу в подальшій роботі над підвищенням інституційної спроможності громад, розвитком мобільних сервісів допомоги та посиленням участі жінок і чоловіків похилого віку у прийнятті рішень, що стосуються їхнього добробуту.

Висновки дослідження свідчать про важливість створення системних, інституціоналізованих механізмів допомоги для людей похилого віку — з особливим акцентом на інклюзивну допомогу, чутливу до гендеру, віку та інвалідності.

## Рекомендації

### Інклюзивна допомога з врахуванням гендеру, віку та інвалідності

- Продовжувати практику гендерно чутливого виявлення потреб у громадах, зокрема через окреме консультування жінок і чоловіків, з урахуванням специфіки доступу до ресурсів, ролей у повсякденному житті та схильності до ізоляції в похилому віці.
- Застосовувати персоналізовані підходи для залучення чоловіків похилого віку, які неохоче звертаються по допомогу, зокрема через непрямі запрошення, проактивне виявлення потреб соціальними працівниками та психологами, а також через налагодження контактів із сусідами та неформальними старостами громад.
- Посилити послуги підтримки, пов'язані з доходами, здоров'ям і доглядом за людьми похилого віку, з особливою увагою до жінок похилого віку, які частіше стикаються з бідністю, значним навантаженням з догляду та соціальною ізоляцією, водночас визнаючи, що чоловіки похилого віку також можуть переживати подібні виклики. Підтримка має включати надання гігієнічних засобів, допомогу з догляду, групи самопомоги та психосоціальної підтримки.
- Враховувати неформальні форми вразливості під час реєстрації бенефіціарів, такі як самотність, догляд за лежачими родичами, хронічні захворювання та відсутність соціальної підтримки, навіть за відсутності формального статусу ВПО або інвалідності.

## **Персоналізовані формати підтримки та індивідуальна допомога**

- Розглянути адаптацію допомоги до індивідуального рівня мобільності та соціальної взаємодії через персоналізовані плани підтримки, домашні візити, супровід до медичних закладів та більш чіткі пояснення процедур отримання допомоги.
- Розробити окремі формати для чоловіків похилого віку, які враховують специфічні потреби та допомагають зменшити стигму щодо звернення по допомогу, зокрема заходи з догляду за собою, послуги дрібного ремонту та базове навчання цифровій грамотності.

## **Розширення доступу до послуг та посилення охоплення**

- Розширити мобільне надання соціальних, юридичних і психологічних послуг, особливо у віддалених громадах і громадах із низькою мобільністю населення, включно з прифронтовими районами.
- Пріоритезувати послуги з високим попитом, зокрема юридичні консультації, психологічну та соціальну підтримку (оформлення документів, доставка їжі, адаптація житла), гігієнічні набори (з урахуванням гендерної чутливості) та медичні засоби.
- Посилена увага до догляду вдома для соціально ізольованих осіб і людей з інвалідністю може покращити охоплення. Гендерно специфічні групові формати для чоловіків, а також формати догляду та підтримки психічного здоров'я для жінок залишаються актуальними.

## **Покращення доступу до інформації та місцевих механізмів комунікації**

- Посилити місцеві інформаційні канали (наприклад, старости, жіночі групи, церковні центри) та розповсюджувати друковані матеріали в місцях, які часто відвідують люди похилого віку.
- Зробити матеріали доступними для людей з когнітивними / сенсорними порушеннями та адаптованими до регіонального контексту.

## **Посилення місцевої залученості та партнерств**

- Розвивати місцеві партнерства шляхом залучення органів влади, медичних працівників, волонтерів і громадських інституцій для створення сталих каналів комунікації.
- Розвивати партнерства та координацію з місцевими органами влади, медичними й соціальними службами та громадськими ініціативами.
- Співпраця з активними жінками похилого віку як неформальними лідерками підтримує охоплення недостатньо забезпечених груп, зокрема самотніх чоловіків і людей без формального статусу вразливості.

## **Масштабування, сталий розвиток і трансформація підходів**

- Розглянути масштабування перевірених моделей у громадах, що стикаються з переміщенням, самотністю та хронічними захворюваннями, особливо там, де державна підтримка обмежена.
- Дослідити поступовий перехід від гуманітарної допомоги до більш сталих, громадоорієнтованих підходів:
  - Розвивати соціальні підприємства із залученням людей похилого віку (наприклад, у сфері догляду, взаємної підтримки);
  - Пілотувати місцеві групи підтримки та об'єднання людей похилого віку;
  - Змістити фокус на запобігання бідності / ізоляції через правову освіту, цифрові навички та самозайнятість.

Зазначений підхід допоможе трансформувати гуманітарну допомогу на інструмент довгострокової підтримки людей похилого віку, зберігаючи фокус на інклюзивних потребах, що враховують гендерні та вікові особливості у реаліях життя у прифронтових громадах.

Досвід HelpAge International може слугувати моделлю для інтеграції інклюзивних підходів, чутливих до гендеру, віку та інвалідності, у гуманітарні програми, спрямовані на людей похилого віку, особливо в умовах складних збройних конфліктів. З огляду на отримані результати, проєкт може стати моделлю для подальших ініціатив з реагування на гуманітарні виклики та забезпечення сталого розвитку. Цей гендерний аналіз може стати основою для розробки індивідуальних програм на національному, громадському та міжнародному рівнях, а також для посилення міжсекторальної співпраці між соціальними, медичними та юридичними службами з метою задоволення потреб і забезпечення прав жінок і чоловіків похилого віку, особливо в умовах збройного конфлікту.

Дослідження з гендерного аналізу та оцінки потреб людей похилого віку, які проживають у Східній Україні, було проведено групою фахівців громадської організації «Центр соціального аудиту» у складі:

**Олег Мазурик**, директор ГО «Центр соціального аудиту», незалежний фахівець з оцінювання, голова Української асоціації оцінювання, доктор соціологічних наук, професор;

**Ніна Гаркавенко**, виконавча директорка ГО «Центр соціального аудиту», експертка з M&E, магістриня економіки;

**Тетяна Єрескова**, членкиня правління ГО «Центр соціального аудиту», експертка-аналітикиня з M&E, фахівчиня з соціальних комунікацій, кандидатка соціологічних наук, доцентка;

**Олена Решетнікова**, членкиня ГО «Центр соціального аудиту», магістр соціології, експертка-аналітикиня.

Члени ГО «Центр соціального аудиту» були залучені до виконання окремих видів робіт з інформаційного та аналітичного супроводу дослідження: А. Кирилова, А. Наритник, Д. Ярошенко, К. Зелінський.

Опитування проводилося у прифронтових громадах Дніпропетровської, Донецької, Харківської та Запорізької областей у співпраці з українськими партнерами — Благодійним фондом «Право на захист» та Центром надання гуманітарної допомоги «Волонтер-68».





Марія Китинська / HelpAge International

**HelpAge International — це глобальна мережа організацій, які відстоюють право всіх людей похилого віку на гідне, здорове та безпечне життя.**

### **Подяки**

Особливу подяку висловлюємо людям похилого віку в Україні, які приділили свій час та взяли участь в інтерв'ю та фокус-групових обговореннях.

Ми щиро вдячні працівникам гуманітарних організацій, які долучилися до опитування та поділилися своїми цінними напрацюваннями та спостереженнями.

Ми вдячні аналітикам з ГО «Центр соціального аудиту» за їхню роботу, а також Танві Патель, радниці з гендерних питань та інклюзії, і іншим колегам з HelpAge International, а також співробітникам офісу HelpAge International в Україні, які зробили внесок у підготовку цього звіту.

Цей аналіз став можливим завдяки щедрій підтримці Уряду Канади та HelpAge Canada.

## **Гендерно-інклюзивний аналіз потреб та досвіду людей похилого віку, що проживають на сході України**

Опубліковано:  
HelpAge International  
PO Box 78840  
London SE1P 6QR  
United Kingdom  
Тел.: +44 (0)20 7278 7778  
Email: [info@helpage.org](mailto:info@helpage.org)  
Вебсайт: [www.helpage.org](http://www.helpage.org)  
Реєстраційний номер благодійної організації: 288180

Фото на обкладинці: Катя Москалюк / HelpAge International

 HelpAge International in Ukraine

Авторське право © HelpAge International 2025

Будь-яка частина цієї публікації може бути відтворена без дозволу для некомерційних та освітніх цілей.

Будь ласка, зазначайте HelpAge International як джерело та надсилайте нам копію або посилання.