



Комплексне дослідження потреб, перешкод  
та передумов для самотійного проживання  
людей похилого віку (віком 50+ та 60+)  
у Дніпропетровській та Харківській областях

# Зміст

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Короткий огляд</b>                                                           | <b>4</b>  |
| <b>2. Вступ і контекст дослідження</b>                                             | <b>10</b> |
| 2.1. Старіння населення, війна та накопичення вразливостей .....                   | 10        |
| 2.2. Самостійне проживання як питання прав, вибору та гідності.....                | 11        |
| 2.3. Регіональний контекст Дніпропетровської та Харківської областей .....         | 11        |
| 2.4. Деінституціалізація та розвиток підтримки у громаді .....                     | 12        |
| 2.5. Обґрунтування, мета та використання результатів дослідження .....             | 12        |
| <b>3. Концептуальна та нормативна рамка дослідження</b>                            | <b>13</b> |
| 3.1. Самостійне проживання: не відсутність допомоги, а свобода вибору .....        | 13        |
| 3.2. Функціональна спроможність і незалежність .....                               | 13        |
| 3.3. Самостійне, підтримане та інституційне проживання .....                       | 14        |
| 3.4. Деінституціалізація як системна трансформація .....                           | 15        |
| 3.5. Нормативна основа організації соціальних послуг у громадах .....              | 15        |
| 3.6. Роль місцевої влади та неурядових організацій .....                           | 16        |
| 3.7. Аналітична рамка дослідження .....                                            | 16        |
| <b>4. Методологія та обмеження дослідження</b>                                     | <b>17</b> |
| 4.1. Дизайн дослідження та методологічний підхід.....                              | 17        |
| 4.2. Географічне охоплення .....                                                   | 18        |
| 4.3. Кількісне опитування .....                                                    | 18        |
| 4.4. Вимірювання функціональних труднощів: Вашингтонська група.....                | 20        |
| 4.5. Оцінювання повсякденної функціональності .....                                | 20        |
| 4.6. Фокус-групові дискусії .....                                                  | 21        |
| 4.7. Аналіз відкритих відповідей.....                                              | 21        |
| 4.8. Кабінетний аналіз .....                                                       | 22        |
| 4.9. Аналіз кількісних даних.....                                                  | 22        |
| 4.10. Аналіз якісних даних.....                                                    | 24        |
| 4.11. Тріангуляція даних.....                                                      | 24        |
| 4.12. Забезпечення якості даних .....                                              | 25        |
| 4.13. Етичні принципи .....                                                        | 25        |
| 4.14. Обмеження дослідження.....                                                   | 25        |
| <b>5. Профіль учасників дослідження, стан здоров'я та функціональні можливості</b> | <b>26</b> |
| 5.1. Соціально-демографічний профіль .....                                         | 26        |
| 5.2. Самооцінка здоров'я та хронічні захворювання .....                            | 28        |
| 5.3. Офіційно встановлена інвалідність .....                                       | 29        |
| 5.4. Детальний аналіз запитань Вашингтонської групи.....                           | 29        |
| 5.5. Самостійність у виконанні базових повсякденних дій.....                       | 31        |
| 5.6. Використання допоміжних засобів.....                                          | 32        |
| 5.7. Безпека та адаптація житла.....                                               | 32        |
| 5.8. Основні висновки розділу .....                                                | 32        |
| <b>6. Уявлення людей старшого віку про незалежність і самостійне проживання</b>    | <b>32</b> |
| 6.1. Незалежність як право вибору, а не відсутність допомоги.....                  | 32        |
| 6.2. Власний простір, приватність і стабільність житла .....                       | 33        |
| 6.3. Бажана форма проживання у разі зростання потреб у догляді .....               | 33        |
| 6.4. Невпевненість у можливості залишатися незалежними .....                       | 34        |

|                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.5. Страх щодо майбутнього догляду .....                                        | 35        |
| 6.6. Економічна спроможність як складова незалежності .....                      | 35        |
| 6.7. Мобільність, інформація та безпека як умови реалізації вибору .....         | 35        |
| 6.8. Соціальні зв'язки, участь і відчуття власної значущості.....                | 36        |
| 6.9. Задоволеність життям як інтегральне відображення ситуації .....             | 36        |
| 6.10. Основні висновки розділу .....                                             | 36        |
| <b>7. Основні потреби людей старшого віку для самостійного життя</b>             | <b>37</b> |
| 7.1. Загальна структура потреб .....                                             | 37        |
| 7.2. Фінансова стабільність .....                                                | 38        |
| 7.3. Медичні послуги та забезпечення ліками .....                                | 38        |
| 7.4. Допомога у повсякденному житті та догляд удома .....                        | 39        |
| 7.5. Розрив у доступності домашньої підтримки .....                              | 40        |
| 7.6. Реабілітація та підтримання функціональних можливостей.....                 | 40        |
| 7.7. Допоміжні засоби та адаптація житла .....                                   | 41        |
| 7.8. Транспорт і супровід .....                                                  | 41        |
| 7.9. Психологічна підтримка та соціальне спілкування .....                       | 41        |
| 7.10. Інформаційна та правова підтримка .....                                    | 42        |
| 7.11. Відмінності потреб між основними підгрупами .....                          | 42        |
| 7.12. Основні висновки розділу .....                                             | 43        |
| <b>8. Бар'єри, нерівності та ризики втрати незалежного проживання</b>            | <b>44</b> |
| 8.1. Накопичувальний характер бар'єрів.....                                      | 44        |
| 8.2. Економічні бар'єри .....                                                    | 45        |
| 8.3. Стан здоров'я та функціональні обмеження .....                              | 45        |
| 8.4. Недоступність фізичного середовища та транспорту .....                      | 45        |
| 8.5. Безпекова ситуація та недоступність захисту .....                           | 46        |
| 8.6. Недостатність догляду та виснаження неформальних доглядальників.....        | 46        |
| 8.7. Інформаційні та цифрові бар'єри.....                                        | 47        |
| 8.8. Інституційна фрагментація .....                                             | 47        |
| 8.9. Самотність, соціальна ізоляція та відсутність підтримки .....               | 48        |
| 8.10. Вікова дискримінація та патерналістське ставлення.....                     | 48        |
| 8.11. Специфічні бар'єри для окремих підгруп.....                                | 48        |
| 8.12. Шлях від накопичення бар'єрів до інституціалізації .....                   | 50        |
| 8.13. Основні висновки розділу .....                                             | 50        |
| <b>9. Чинники, що сприяють незалежному проживанню, та карта систем підтримки</b> | <b>50</b> |
| 9.1. Основні опори незалежного проживання .....                                  | 50        |
| 9.2. Власні ресурси, навички та доходи .....                                     | 51        |
| 9.3. Підтримка сім'ї.....                                                        | 51        |
| 9.4. Друзі, сусіди та локальні мережі взаємодопомоги .....                       | 52        |
| 9.5. Соціальні послуги та соціальні працівники.....                              | 52        |
| 9.6. Медичні послуги .....                                                       | 53        |
| 9.7. Громадські організації та волонтери .....                                   | 53        |
| 9.8. Релігійні громади .....                                                     | 54        |
| 9.9. Допоміжні засоби та доступне середовище .....                               | 54        |
| 9.10. Особливості системи підтримки для окремих підгруп .....                    | 54        |
| 9.11. Функціональна карта формальних і неформальних систем підтримки.....        | 55        |

|                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 9.12. Необхідна модель координації підтримки .....                                                          | 57        |
| 9.13. Основні висновки розділу .....                                                                        | 57        |
| <b>10. Екосистема формальної та неформальної підтримки людей старшого віку</b>                              | <b>57</b> |
| 10.1. Загальна архітектура системи підтримки.....                                                           | 57        |
| 10.2. Фактичні надавачі повсякденної допомоги .....                                                         | 58        |
| 10.3. Формальна система підтримки.....                                                                      | 59        |
| 10.4. Неформальна підтримка сім'ї та найближчого оточення .....                                             | 61        |
| 10.5. Роль громадських, волонтерських і релігійних організацій .....                                        | 61        |
| 10.6. Основні системні прогалини.....                                                                       | 62        |
| 10.7. Рекомендована модель координації підтримки.....                                                       | 62        |
| 10.8. Узагальнення.....                                                                                     | 63        |
| <b>11. Порівняння форм проживання та регіональні відмінності</b>                                            | <b>63</b> |
| 11.1. Структура аналізу .....                                                                               | 63        |
| 11.2. Власне житло.....                                                                                     | 64        |
| 11.3. Місця тимчасового проживання.....                                                                     | 65        |
| 11.4. Транзитні центри .....                                                                                | 66        |
| 11.5. Заклади довготривалого догляду .....                                                                  | 67        |
| 11.6. Порівняльна характеристика форм проживання .....                                                      | 69        |
| 11.7. Регіональні відмінності .....                                                                         | 69        |
| 11.8. Основні висновки розділу .....                                                                        | 70        |
| <b>12. Деінституціалізація: роль місцевої влади та неурядових організацій</b>                               | <b>71</b> |
| 12.1. Деінституціалізація має починатися із підтримки людини у громаді.....                                 | 71        |
| 12.2. Ризик інституціалізації виникає через поєднання кількох дефіцитів .....                               | 71        |
| 12.3. Чинні регіональні програми створюють основу, але потребують спільної логіки деінституціалізації ..... | 72        |
| 12.4. Необхідні зміни до місцевих і регіональних актів .....                                                | 72        |
| 12.5. Мінімальний пакет підтримки незалежного проживання.....                                               | 74        |
| 12.6. Роль неурядових організацій.....                                                                      | 74        |
| 12.7. Трансформація різних форм проживання .....                                                            | 75        |
| 12.8. Моніторинг результатів реформи .....                                                                  | 75        |
| 12.9. Висновок .....                                                                                        | 76        |
| <b>13. Інтегровані висновки дослідження</b>                                                                 | <b>76</b> |
| <b>14. Практичні рекомендації</b>                                                                           | <b>81</b> |

# 1. Короткий огляд

Повномасштабна війна посилила демографічні, соціальні та економічні виклики, пов'язані зі старінням населення України. Внутрішнє переміщення, руйнування житла та інфраструктури, порушення транспортного сполучення, скорочення мережі доступних послуг і втрата родинних та сусідських зв'язків непропорційно вплинули на людей старшого віку. Особливо високі ризики виникають для людей з інвалідністю та значними функціональними труднощами, людей віком 70 років і старше, внутрішньо переміщених осіб, людей, які живуть самі, а також мешканців тимчасових і довготривалих форм проживання.

У відповідь на ці виклики було проведено дослідження потреб, бар'єрів і передумов незалежного проживання людей старшого віку з інвалідністю та без неї у Дніпропетровській і Харківській областях. Дослідження розглядало незалежне проживання не як здатність людини обходитися без будь-якої допомоги, а як можливість самостійно визначати, де і з ким жити, контролювати повсякденний розпорядок, брати участь у житті громади та отримувати необхідну підтримку відповідно до власного вибору.

Дослідження ґрунтувалося на змішаному дизайні. Кількісне опитування охопило 400 людей старшого віку — по 200 респондентів у кожній із двох областей. Вибірка включала 120 мешканців власного або орендованого житла, 80 мешканців місць тимчасового проживання, 80 людей, опитаних у транзитних центрах, і 120 мешканців закладів довготривалого догляду. Жінки становили 70% вибірки, чоловіки — 30%; приблизно 40% учасників мали статус внутрішньо переміщеної особи.

Якісний компонент включав вісім фокус-групових дискусій із жінками й чоловіками старшого віку, людьми з інвалідністю та внутрішньо переміщеними особами в обох областях. Додатково було проаналізовано законодавство, регіональні програми та попередні дослідження у сферах старіння, інвалідності, соціальних і медичних послуг, житлової підтримки та деінституціалізації. Поєднання кількісних і якісних даних дозволило розглянути незалежне проживання на індивідуальному, сервісному та системному рівнях.

Результати характеризують досліджену вибірку й не повинні автоматично екстраполюватися на все населення Дніпропетровської та Харківської областей. Водночас узгодженість кількісних показників, матеріалів фокус-групових дискусій та аналізу політики дає змогу визначити стійкі закономірності, групи підвищеного ризику та практичні напрями реагування.

## Загальна оцінка умов незалежного проживання

Дослідження показує, що переважна більшість людей старшого віку прагнуть залишатися у власному житлі або іншому невеликому житловому середовищі, де вони можуть зберігати приватність, соціальні зв'язки та контроль над повсякденним життям. У разі виникнення потреби у постійній допомозі 58,8% респондентів хотіли б залишитися вдома й отримувати необхідну підтримку. Ще 16,3% віддали б перевагу проживанню разом із родичами, 11,0% — підтриманому проживанню і лише 6,0% — закладу довготривалого догляду.

Ці результати свідчать, що потреба у догляді сама по собі не означає бажання людини відмовитися від незалежності або переїхати до інституційного закладу. Незалежність визначається передусім наявністю вибору, можливістю приймати рішення та доступом до підтримки, яка компенсує функціональні труднощі, не позбавляючи людину контролю над власним життям.

**«Саме підтримка й робить незалежність можливою. Якщо є доступне житло, асистент на кілька годин і транспорт, я сама визначаю день».** [учасниця ФГД з людьми старшого віку з інвалідністю, Дніпропетровська область]

Водночас між бажанням залишатися вдома і фактичною доступністю необхідних послуг існує значний розрив. Регулярної допомоги вже потребують 35,8% опитаних, а 85,5% дуже або певною мірою турбує питання, хто доглядатиме за ними у разі погіршення стану здоров'я.

Фінансові труднощі, хронічні захворювання, функціональні обмеження, недоступність транспорту і житла, самотність та безпекові ризики переважно діють не окремо, а накопичуються. Через це навіть відносно невелике погіршення здоров'я, втрата доходу, припинення допомоги родича або пошкодження житла можуть спричинити різке зниження незалежності та створити ризик вимушеного переміщення до інституційного закладу.

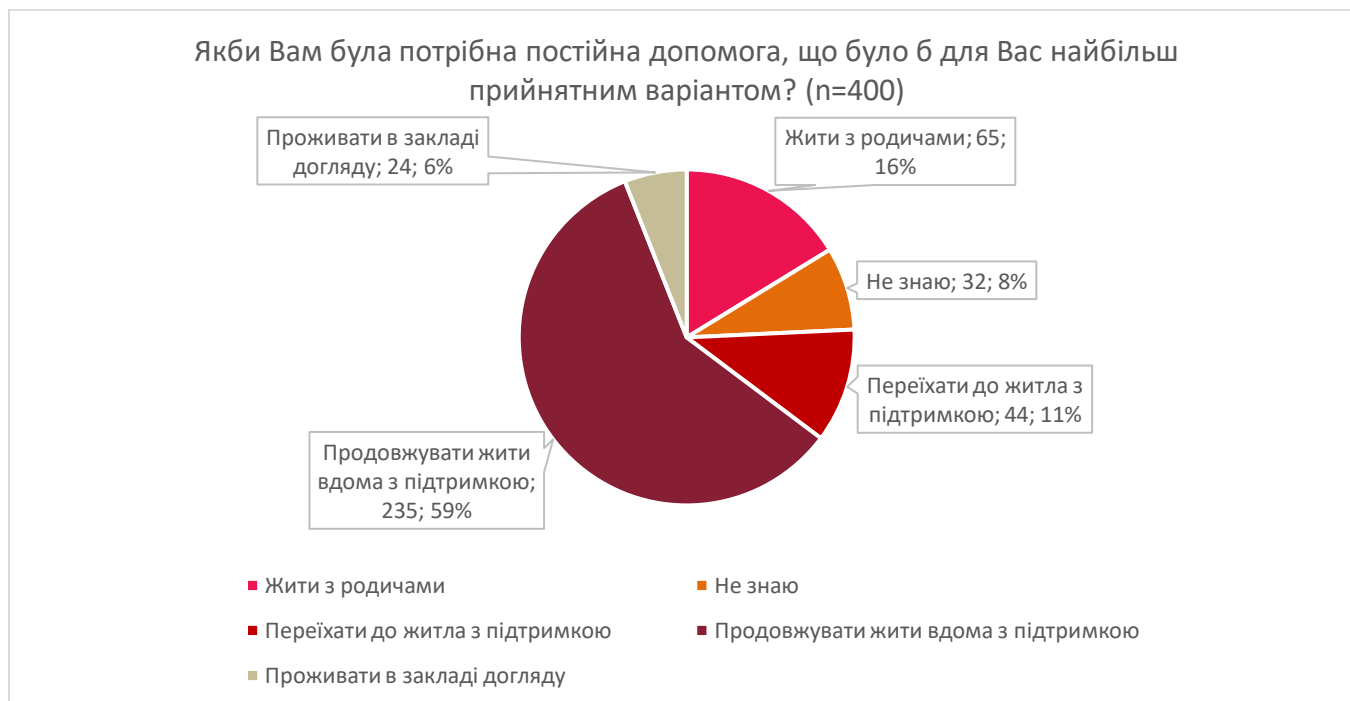
Отже, головною проблемою є не сам вік людини і не потреба у допомозі, а відсутність своєчасного, достатнього й узгодженого пакета підтримки за місцем проживання.

## Ключові висновки у цифрах

**Таблиця 1. Вибір форми проживання та майбутній догляд**

| Показник                                                                    | Частка респондентів, % |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Хотіли б залишитися вдома з підтримкою у разі потреби у постійному догляді  | 58,8                   |
| Віддали б перевагу проживанню з родичами                                    | 16,3                   |
| Обрали б підтримане проживання                                              | 11,0                   |
| Обрали б заклад довготривалого догляду                                      | 6,0                    |
| Уже потребують регулярної допомоги                                          | 35,8                   |
| Дуже або певною мірою стурбовані тим, хто доглядатиме за ними в майбутньому | 85,5                   |

Результати демонструють виражену перевагу підтримки у звичному житловому середовищі над інституційним доглядом. Водночас високий рівень занепокоєння щодо майбутнього догляду свідчить, що люди не впевнені у здатності родини, громади та наявної системи послуг забезпечити необхідну підтримку в разі погіршення стану здоров'я.



**Таблиця 2. Основні потреби та бар'єри незалежного проживання**

| Показник                                                     | Частка респондентів, % |
|--------------------------------------------------------------|------------------------|
| Потребують фінансової підтримки                              | 91,3                   |
| Назвали безпекову ситуацію фактором, що обмежує незалежність | 79,0                   |
| Назвали нестачу коштів фактором, що обмежує незалежність     | 77,8                   |

|                                                                           |      |
|---------------------------------------------------------------------------|------|
| Потребують медичної допомоги                                              | 66,3 |
| Потребують забезпечення лікарськими засобами                              | 58,5 |
| Вважають домашню медичну допомогу необхідною для довшого проживання вдома | 47,8 |
| Потребують психологічної підтримки для довшого проживання вдома           | 29,0 |
| Потребують догляду вдома                                                  | 24,8 |
| Потребують транспортної підтримки                                         | 21,3 |

Фінансова незахищеність є найбільш поширеною потребою та одним із головних чинників втрати незалежності. Недостатній дохід обмежує можливість купувати ліки, оплачувати лікування, транспорт, комунальні послуги, догляд та адаптацію житла. Однак грошова допомога не може замінити відсутні послуги. Навіть за наявності певних коштів людина може не мати доступу до домашньої медичної допомоги, реабілітації, соціального транспорту або кваліфікованого доглядальника.

Безпекова ситуація також є системним, а не лише контекстуальним бар'єром. Обстріли, перебої в роботі транспорту, недоступні укриття, залежність від ліфтів і електрообладнання та складність евакуації безпосередньо визначають, чи може людина продовжувати жити самостійно.

### Таблиця 3. Стан здоров'я та функціональні труднощі

| Показник                                                                          | Частка респондентів, % |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Мають хронічне захворювання або тривалий стан здоров'я                            | 79,3                   |
| Оцінюють стан здоров'я як поганий або дуже поганий                                | 32,3                   |
| Мають значні труднощі щонайменше в одній функціональній сфері                     | 27,8                   |
| Потребують регулярної допомоги серед людей зі значними функціональними труднощами | 83,8                   |
| Потребують допомоги у повсякденних діях серед цієї групи                          | 70,3                   |
| Оцінюють здоров'я як погане або дуже погане серед цієї групи                      | 71,2                   |
| Потребують адаптації житла серед цієї групи                                       | 43,2                   |
| Низько оцінюють доступність громадських місць серед цієї групи                    | 40,5                   |

Значні функціональні труднощі визначалися за коротким набором запитань Вашингтонської групи як відповідь «маю значні труднощі» або «взагалі не можу виконувати дію» щонайменше в одній із шести сфер: зір, слух, пересування, запам'ятовування або концентрація, самообслуговування та комунікація.

Отримані результати показують, що функціональні труднощі є одним із найсильніших предикторів потреби у сторонній допомозі. Водночас їхній вплив на незалежність не є неминучим: адаптація

житла, допоміжні засоби, реабілітація, домашні послуги, транспорт та доступна інформація можуть істотно зменшити залежність людини від інших осіб.

**Таблиця 4. Соціальні зв'язки та повсякденна підтримка**

| Показник                                                           | Частка, % |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Живуть самі                                                        | 48,5      |
| Постійно або часто відчують самотність                             | 24,3      |
| Іноді відчують самотність                                          | 35,5      |
| Брали участь у громадських заходах протягом останніх шести місяців | 21,0      |
| Не мають людини, до якої можна звернутися по допомогу              | 14,8      |
| Отримують допомогу від соціального працівника <sup>1</sup>         | 59,6      |
| Отримують допомогу від найближчого члена сім'ї <sup>1</sup>        | 36,3      |
| Отримують допомогу від волонтера <sup>1</sup>                      | 23,3      |
| Отримують допомогу від сусіда або знайомого <sup>1</sup>           | 18,8      |

ПРИМІТКА. Серед 245 респондентів, які регулярно або час від часу потребують допомоги; множинний вибір.

Майже половина опитаних живуть самі. Самостійне проживання може бути свідомим і бажаним вибором, однак за відсутності мережі підтримки воно підвищує ризик ізоляції, несвоєчасного отримання допомоги та кризового переміщення. Усі 59 респондентів, які не мали людини, до якої можна звернутися у разі потреби, проживали самі.

Результати також показують, що повсякденна підтримка формується через поєднання формальних і неформальних джерел. Соціальні працівники відіграють центральну роль, але значна частина допомоги продовжує покладатися на родину, сусідів і волонтерів. Така модель залишається нестійкою без координації, підтримки родинних доглядальників та гарантованого мінімального пакета професійних послуг.

## **Індивідуальний рівень: вибір, функціонування та накопичення ризиків**

На індивідуальному рівні незалежність визначається не лише станом здоров'я, а співвідношенням між функціональними можливостями людини та доступною підтримкою. Однакові порушення мобільності можуть мати різні наслідки залежно від того, чи є в будинку ліфт, чи пристосоване житло, чи доступний транспорт і чи може людина отримати допомогу вдома.

У середньому один респондент зазначив три фактори, що обмежують його або її незалежність. Щонайменше з трьома бар'єрами одночасно стикаються 66,8% опитаних, із чотирма або більше — 30,0%. Серед людей зі значними функціональними труднощами чотири або більше бар'єрів мають 51,4%, порівняно з 21,8% серед інших респондентів. Серед людей, які живуть самі, відповідний показник становить 41,8%, тоді як серед тих, хто проживає з іншими, — 18,9%.

Це означає, що втрата незалежності переважно є результатом не одного порушення або однієї незадоволеної потреби, а накопичення взаємопов'язаних обмежень. Фінансова допомога без транспорту, медичне лікування без реабілітації, догляд удома без адаптації житла або соціальна активність без доступного фізичного середовища матимуть обмежений ефект.

Особливо високий ризик спостерігається серед людей віком 80 років і старше. У межах дослідженої групи 81,3% респондентів цього віку мали труднощі з пересуванням поза житлом, а половина характеризувала їх як дуже значні або взагалі не могла самостійно пересуватися за межами житла. Жоден респондент віком 80 років і старше не висловив високої впевненості у здатності продовжувати самостійне життя протягом наступних п'яти років.

Для цієї групи підтримка має бути проактивною. Оцінювання потреб, адаптація житла та планування майбутнього догляду повинні відбуватися до виникнення гострої кризи, госпіталізації або втрати неформального доглядальника

## **Рівень надання послуг: фрагментована підтримка замість узгодженого маршруту**

На рівні послуг дослідження виявило розрив між наявністю окремих видів допомоги та спроможністю системи сформувати навколо людини узгоджений пакет підтримки. Медичні, соціальні, реабілітаційні, житлові, транспортні та адміністративні послуги переважно функціонують як окремі системи. Координація між ними часто покладається на саму людину, родичів, соціального працівника або волонтера.

«Перше — інтегрована домашня підтримка: соціальний працівник, медсестра, реабілітація і перепочинок для доглядальника за одним планом». [Учасниця ФГД жінок похилого віку, Дніпропетровська область]

Найбільш вираженою є нестача домашніх і мобільних послуг. Домашню медичну допомогу як умову довшого проживання вдома назвали 47,8% опитаних, психологічну підтримку — 29,0%, догляд удома — 24,8%, соціальні активності — 22,5%, транспортні послуги — 21,3%.

Незалежність людей похилого віку підтримується різними групами ресурсів: до власних економічних ресурсів належить достатній дохід, який відзначили 69,3% респондентів; до формальної підтримки — медичні послуги (56,8%) та соціальні служби (39,8%); до неформальної — допомога родини (54,8%), друзів і сусідів (29,8%); окрему роль відіграють громадські та гуманітарні організації (29,3%). Ці компоненти взаємодоповнюють один одного, однак допомога родичів, сусідів і волонтерів не може замінити гарантовані професійні послуги, особливо за потреби в регулярному догляді, медичному спостереженні або реабілітації.

Родинні доглядальники часто одночасно виконують функції помічника, медичного координатора, представника у державних установах, водія та джерела фінансової підтримки. Без навчання, психологічної підтримки та послуг перепочинку така модель створює ризик виснаження доглядальника і припинення підтримки.

Різні форми проживання створюють різні конфігурації ризиків. Власне житло найбільше відповідає прагненню людей зберігати контроль, але може бути пошкодженим, недоступним або віддаленим від послуг. Місця тимчасового проживання забезпечують базову безпеку, але не завжди гарантують приватність і перспективу переходу до стабільного житла. Транзитні центри виконують важливу функцію кризового реагування, однак не пристосовані до тривалого проживання. Заклади довготривалого догляду можуть забезпечувати цілодобову допомогу, але водночас створювати обмеження вибору, приватності та участі у житті громади.

Для ВПО старшого віку особливо проблемним є перехід від евакуації та первинного розміщення до стабільного житла і довгострокової підтримки.

«Після розміщення відповідальність розмивається: адміністрація каже звертатися в громаду, громада — до соціальної служби, служба — збирати документи». [Учасник ФГД з ВПО старшого віку, Харківська область]

## **Системний рівень: розподілена відповідальність та ризик вимушеної інституціалізації**

На системному рівні основною проблемою є відсутність єдиного механізму, який поєднував би оцінювання потреб, планування підтримки, фінансування та контроль результатів. Повноваження розподілені між системами соціального захисту, охорони здоров'я, житлової політики, цивільного захисту та місцевого самоврядування, однак відповідальність за кінцевий результат — здатність людини безпечно жити у громаді — залишається недостатньо визначеною.

Наявна система переважно реагує після виникнення кризи: травмування, госпіталізації, втрати житла, різкого погіршення здоров'я або припинення родинного догляду. Профілактичне оцінювання ризиків, рання адаптація житла та планування майбутньої підтримки застосовуються недостатньо.

За таких умов інституціалізація може відбуватися не тому, що людина добровільно обрала проживання в закладі, а тому, що за місцем перебування відсутні житло, транспорт, домашній догляд або підтримка родини. Перехід до незалежного проживання потребує не лише скорочення кількості місць в інституційних закладах, а розвитку реальних альтернатив у громаді: підтриманого проживання, соціальної оренди, денного догляду, домашніх і мобільних послуг, персональної допомоги та підтримки доглядальників.

Громадські, благодійні, гуманітарні та релігійні організації частково компенсують прогалини формальної системи. Вони виявляють людей, які залишаються поза системою, забезпечують мобільні послуги, допоміжні засоби, юридичну і психологічну допомогу, соціальні активності та підтримку ВПО. Однак проєктне фінансування і нерівномірне географічне охоплення не дозволяють розглядати цю допомогу як заміну гарантованих місцевих послуг.

## Регіональні та групові відмінності

Застосування Оціночної картки впровадження ICOPE ВООЗ свідчить, що більшість дій як на рівні послуг, так і на системному рівні залишаються на ранній або ініціаційній стадії ([Оцінка можливостей та готовності впровадження ICOPE в Україні. Дослідницький звіт. HelpAge International, i-APS Ukraine 2026](#)) Хоча існують поодинокі ініціативи та пілотні практики, вони ще не інтегровані у цілісну, масштабовану рамку.

| Показник                               | Дніпропетровська область, % | Харківська область, % |
|----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Значні функціональні труднощі          | 15,5                        | 40,0                  |
| Потреба у регулярній допомозі          | 21,5                        | 50,0                  |
| Поганий або дуже поганий стан здоров'я | 26,5                        | 38,0                  |
| Труднощі з доступом до медичних послуг | 14,5                        | 32,5                  |

Регіональні відмінності необхідно інтерпретувати з урахуванням структури вибірки, зокрема більшої частки людей із функціональними труднощами у Харківській області. Водночас результати узгоджуються з тривалим впливом бойових дій, пошкодженням інфраструктури, переміщенням населення та підвищеним навантаженням на місцеві системи підтримки.

Внутрішньо переміщені особи стикаються з поєднанням житлової нестабільності, втрати звичних послуг і соціальних зв'язків, труднощів із документами та недостатньої координації після переміщення. Люди зі значними функціональними труднощами мають істотно вищу потребу в регулярній допомозі, адаптації житла і доступному середовищі. Люди, які живуть самі, частіше стикаються з накопиченням бар'єрів та відсутністю резервної підтримки.

## Узагальнення

Дослідження показує, що незалежне проживання людей старшого віку в Україні підтримується складною комбінацією особистих ресурсів, пенсій та інших доходів, допомоги сім'ї, соціальних і медичних послуг, сусідської взаємодопомоги та підтримки громадських і гуманітарних організацій. Водночас ця система залишається недостатньо інтегрованою, нерівномірною та значною мірою залежною від ресурсів родини й ініціативи окремих фахівців.

Найсильнішими факторами ризику є поєднання недостатнього доходу, погіршення здоров'я, функціональних труднощів, недоступного середовища, безпекових загроз і відсутності людини, яка може надати допомогу. Особливої уваги потребують люди віком 70 років і старше, люди зі значними функціональними труднощами, ВПО, люди, які живуть самі, та особи, що перебувають у тимчасових або інституційних формах проживання.

Підтримка не є запереченням незалежності. Навпаки, своєчасна, персоналізована й узгоджена допомога є основною умовою, за якої людина може зберігати право вибору, приватність, безпеку та участь у житті громади.

## Стратегічні наслідки

Результати дослідження вказують на необхідність переходу від окремих виплат і фрагментованих послуг до персоналізованого пакета підтримки, сформованого навколо потреб і вибору людини.

**Пріоритетними напрямками є:**

1. Запровадження комплексного оцінювання функціональних, медичних, соціальних, житлових і безпекових потреб та призначення одного відповідального кейс-менеджера.
2. Розширення домашнього догляду, мобільної медичної допомоги, реабілітації та психологічної підтримки.
3. Розвиток програм навчання, консультування і перепочинку для родинних доглядальників.
4. Створення соціального транспорту, який включає допомогу від дверей житла до місця отримання послуги.
5. Фінансування адаптації власного, орендованого, соціального та тимчасового житла.
6. Розвиток соціальної оренди, субсидування оренди, підтриманого проживання та інших малих форм проживання у громаді.
7. Запровадження індивідуальних планів переходу для мешканців місць тимчасового проживання, транзитних центрів і закладів довготривалого догляду.
8. Включення людей старшого віку з функціональними труднощами до місцевих планів цивільного захисту, оповіщення та евакуації.
9. Забезпечення сталого фінансування недержавних надавачів через соціальне замовлення, закупівлю послуг та довгострокові партнерські механізми.
10. Обов'язкове залучення людей старшого віку, людей з інвалідністю та ВПО до планування, бюджетування, моніторингу й оцінювання місцевих програм.

## 2. Вступ і контекст дослідження

### 2.1. Старіння населення, війна та накопичення вразливостей

Старіння населення України є довготривалим демографічним процесом, однак повномасштабна війна суттєво змінила умови, в яких старіють українці. Руйнування житла та інфраструктури, тривалі перебої з електроенергією, водо- і тепlopостачанням, скорочення транспортного сполучення, переміщення населення та зростання вартості життя посилили вже наявні проблеми людей старшого віку. Хронічні захворювання, функціональні обмеження та низькі доходи дедалі частіше поєднуються з втратою житла, розривом сімейних зв'язків, соціальною ізоляцією та залежністю від гуманітарної допомоги.

Вплив війни на людей старшого віку не обмежується прямими безпековими ризиками. Навіть коли людина не зазнала фізичних ушкоджень або руйнування житла, її повсякденна незалежність може зменшуватися через закриття аптек і медичних закладів, нестачу спеціалістів, скасування транспортних маршрутів, неможливість скористатися укриттям, припинення роботи соціальних або реабілітаційних служб. За таких умов відносно самостійна людина може швидко стати залежною від сторонньої допомоги.

Особливо складною є ситуація людей із порушеннями мобільності, зору, слуху, самообслуговування, пам'яті чи комунікації. Формальна наявність послуги ще не означає, що людина може нею скористатися. Медичний заклад може бути відкритим, але залишатися недоступним через відсутність транспорту, непрацюючий ліфт, складний електронний запис або незрозумілу інформацію. Так само наявність укриття не гарантує безпеки, якщо людина не може самостійно до нього дістатися.

Проблеми людей старшого віку мають кумулятивний характер. Низький дохід обмежує можливість придбати ліки або оплатити транспорт; погіршення здоров'я зменшує мобільність; обмежена мобільність скорочує соціальні контакти; соціальна ізоляція, своєю чергою, знижує ймовірність своєчасного виявлення потреби у допомозі. Війна не створила всі ці проблеми, але суттєво посилила їх і зробила більш взаємозалежними.

## 2.2. Самостійне проживання як питання прав, вибору та гідності

У цьому дослідженні самостійне проживання не трактується як здатність людини виконувати всі повсякденні дії без сторонньої допомоги. Людина може користуватися послугою домашнього догляду, допомогою родичів, персонального асистента, соціального працівника або медичної сестри й водночас зберігати незалежність, якщо вона визначає, де, з ким і як жити, бере участь в ухваленні рішень і контролює характер отримуваної підтримки.

Такий підхід відповідає статті 19 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка визнає право людини самостійно обирати місце проживання, вирішувати, де і з ким вона житиме, та мати доступ до послуг, необхідних для життя і включення до місцевої спільноти. Це право не залежить від рівня функціональних обмежень або інтенсивності необхідної підтримки. Його реалізація передбачає не лише формальну свободу вибору, а й наявність реальних альтернатив інституційному проживанню.

Для людей старшого віку незалежність має кілька взаємопов'язаних вимірів: можливість залишатися у звичному житлі; контролювати повсякденний розпорядок; самостійно або за підтримки управляти коштами; отримувати медичну та соціальну допомогу без надмірних перешкод; підтримувати стосунки з родиною і громадою; брати участь у рішеннях, що стосуються власного життя. Отже, самостійність є не абсолютною відсутністю залежності від інших, а здатністю зберігати вибір, гідність і контроль за наявності необхідної підтримки.

Це розуміння також дозволяє уникнути протиставлення людей, які «можуть жити самостійно», і людей, які нібито «потребують інституції». У багатьох випадках ризик інституціалізації виникає не через стан людини як такий, а через відсутність доступного житла, домашнього догляду, реабілітації, транспортних послуг, допоміжних засобів або підтримки сімейного доглядальника.

## 2.3. Регіональний контекст Дніпропетровської та Харківської областей

Дніпропетровська та Харківська області належать до територій, які одночасно зазнають прямого впливу війни та приймають значну кількість внутрішньо переміщених осіб. За даними Раунду 22 Опитування загального населення МОМ, станом на грудень 2025 року в Україні перебувало орієнтовно 3,7 млн внутрішньо переміщених осіб. Найбільша кількість ВПО проживала у Дніпропетровській області, на яку припадало близько 15% загальної чисельності ВПО, та Харківській області — близько 12%. Значна частина переміщених осіб перебувала у ситуації тривалого переміщення понад два роки, а Дніпропетровська та Харківська області залишалися серед основних напрямів нових і повторних переміщень. [МОМ, Звіт про внутрішні переміщення, Раунд 22](#)

Для Дніпропетровської області характерне поєднання функцій приймаючого регіону, транзитного вузла та території, яка сама дедалі більше зазнає обстрілів і пошкодження інфраструктури. Через область проходять потоки евакуйованих із прифронтових територій, серед яких значну частину становлять люди старшого віку та люди з інвалідністю. Частина з них залишається у транзитних центрах або місцях тимчасового проживання, тоді як інші намагаються знайти орендне житло, оселяються у родичів чи переміщуються далі.

Харківська область поєднує великий міський центр із громадами, які перебувають ближче до зони бойових дій та регулярно зазнають безпекових, інфраструктурних і кадрових втрат. Для людей старшого віку це означає підвищену ймовірність повторного переміщення, переривання лікування, втрати звичних соціальних контактів і неможливості регулярно отримувати необхідну допомогу.

Водночас усередині кожної області умови життя істотно відрізняються. Досвід людини у великому місті не можна автоматично переносити на досвід мешканця сільської або віддаленої території. Так само умови проживання у власній квартирі, місці тимчасового проживання, транзитному центрі чи закладі довгострокового догляду створюють різні можливості для вибору, приватності, безпеки та участі у житті громади.

Дослідження тому зосереджується на обласному рівні й не ідентифікує окремі громади. Такий підхід дозволяє захистити конфіденційність учасників, уникнути необґрунтованих висновків щодо територій із малою кількістю респондентів і водночас виявити ширші регіональні закономірності.

## 2.4. Деінституціалізація та розвиток підтримки у громаді

У грудні 2024 року Кабінет Міністрів України схвалив Стратегію реформування психоневрологічних та інших інтернатних закладів і деінституціалізації догляду за особами з інвалідністю та особами старшого віку до 2034 року. Стратегія передбачає створення законодавчих та інституційних передумов для незалежного життя у громаді, розвиток соціальних та інших послуг, економічну інтеграцію, зміну суспільного ставлення та поступове реформування інтернатної системи.

[Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 грудня 2024 року № 1315-р](#)

Перший етап реалізації Стратегії припадає на 2025–2026 роки та має закласти необхідні правові й організаційні передумови реформи. Наступні етапи передбачають зміну фінансування, розвиток ринку надавачів, підготовку фахівців і розширення послуг у громадах. Таким чином, період проведення цього дослідження збігається з початковою фазою реформи, коли особливо важливо визначити фактичні потреби людей, ризики інституціалізації та спроможність місцевих систем запропонувати альтернативи стаціонарному догляду. [Урядовий огляд Стратегії деінституціалізації](#)

Повномасштабна війна створила додатковий ризик використання інтернатних закладів як швидкого рішення для евакуйованих людей старшого віку, людей з інвалідністю та осіб, які втратили житло або не мають родичів. Розміщення у закладі може забезпечити негайний дах і базовий догляд, але водночас обмежити можливості людини обирати місце проживання, зберігати приватність, підтримувати соціальні зв'язки та повернутися до життя у громаді.

Тому деінституціалізація має розглядатися не лише як реорганізація мережі інтернатних закладів. Вона передбачає створення системи, здатної запобігати інституціалізації: доступного і підтриманого житла, догляду вдома, денних послуг, реабілітації, персональної допомоги, підтримки доглядальників, соціального транспорту, кризового та короткочасного догляду. Вирішальне значення при цьому мають органи місцевого самоврядування, які оцінюють потреби населення, планують мережу соціальних послуг, визначають місцеві пріоритети й можуть залучати державних, комунальних і недержавних надавачів.

Неурядові організації виконують подвійну роль. З одного боку, вони безпосередньо надають гуманітарну, соціальну, психологічну, юридичну й матеріальну допомогу. З іншого — випробовують нові моделі послуг, допомагають виявляти людей, які залишаються поза увагою формальної системи, розвивають спроможність місцевих надавачів і здійснюють адвокацію прав людей старшого віку та людей з інвалідністю. Водночас проєктний характер багатьох таких послуг створює ризик їх припинення після завершення фінансування, якщо вони не будуть інтегровані до місцевих програм і бюджетів.

## 2.5. Обґрунтування, мета та використання результатів дослідження

Наявні дослідження в Україні переважно розглядають окремі складові становища людей старшого віку: гуманітарні потреби, інвалідність, внутрішнє переміщення, доступ до медичних послуг або функціонування інтернатної системи. Значно менше даних існує про те, як ці фактори взаємодіють і спільно визначають здатність людини залишатися у громаді, ухвалювати рішення та підтримувати прийнятний рівень автономії.

Особливо бракує порівняльних даних про досвід людей, які проживають у різних умовах: у власному житлі, місцях тимчасового проживання, транзитних центрах і закладах довгострокового догляду. Також недостатньо систематизовані регіональні відмінності, роль неформальної допомоги, внесок громадських організацій і конкретні зміни, необхідні на рівні місцевої політики.

Метою цього дослідження є формування ґрунтованого на фактичних даних розуміння потреб, бар'єрів і передумов, що визначають здатність людей старшого віку в Дніпропетровській та Харківській областях жити самостійно, безпечно та гідно.

Дослідження поєднує кількісне опитування 400 людей старшого віку, фокус-групові дискусії, аналіз відкритих відповідей та кабінетне дослідження. Вибірка охоплює 120 мешканців власного житла, 80 мешканців місць тимчасового проживання, 80 людей у транзитних центрах та 120 мешканців закладів довгострокового догляду. Орієнтовно 40% учасників становлять внутрішньо переміщені особи. Це дозволяє розглянути не лише загальні тенденції, а й досвід груп із різними житловими, функціональними та соціальними обставинами.

Результати дослідження мають бути використані для трьох взаємопов'язаних цілей. По-перше, для вдосконалення програм HelpAge International та партнерських організацій, зокрема програм

домашньої підтримки, доступу до послуг, адаптації житла, соціальної включеності та підтримки доглядальників. По-друге, для адвокації розвитку послуг у громадах і практичного впровадження реформи деінституціалізації. По-третє, для підготовки рекомендацій органам державної влади й місцевого самоврядування щодо нормативного регулювання, фінансування, міжсекторальної координації та моніторингу становища людей старшого віку.

Таким чином, основне питання дослідження полягає не в тому, чи здатна людина старшого віку самостійно впоратися з усіма труднощами. Воно полягає в тому, які умови, послуги й форми підтримки повинні бути створені, щоб людина могла зберігати вибір, контроль над власним життям і можливість залишатися частиною громади незалежно від віку, інвалідності, переміщення або інтенсивності потреби у допомозі.

## 3. Концептуальна та нормативна рамка дослідження

### 3.1. Самостійне проживання: не відсутність допомоги, а свобода вибору

У цьому дослідженні самостійне проживання розуміється як здатність людини контролювати власне життя, ухвалювати рішення щодо місця і способу проживання, повсякденного розпорядку, використання коштів, лікування, догляду та участі у житті громади. Самостійність не означає, що людина повинна жити сама або виконувати всі дії без сторонньої допомоги. Навпаки, належна підтримка може бути основною передумовою незалежності.

Стаття 19 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю закріплює рівне право людей з інвалідністю жити у громаді з такими самими можливостями вибору, як інші люди. Воно охоплює право обирати місце проживання, вирішувати, де і з ким жити, не бути зобов'язаними проживати у спеціально визначених умовах, а також отримувати доступ до домашніх, резидентних та інших послуг підтримки. [Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, стаття 19](#)

У Загальному коментарі №5 Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю пояснює, що незалежне життя передбачає можливість здійснювати вибір і контроль у всіх сферах повсякденного життя. Рівень функціональних обмежень або інтенсивність потреби у допомозі не можуть бути підставою для позбавлення людини права жити у громаді. Підтримка має враховувати волю та вподобання людини, а не підпорядковувати її життя зручності надавача послуг чи встановленому режиму. [Загальний коментар №5 до статті 19 Конвенції](#)

Хоча стаття 19 безпосередньо стосується прав осіб з інвалідністю, закладений у ній підхід є релевантним для всіх людей старшого віку. Вік, погіршення здоров'я або потреба у догляді не повинні автоматично призводити до втрати права вибору, приватності та участі в ухваленні рішень. Людина, яка потребує допомоги з купанням, приготуванням їжі, пересуванням або прийомом ліків, може продовжувати жити незалежно, якщо підтримка організована відповідно до її потреб і не позбавляє її контролю над власним життям.

Отже, незалежність у цьому дослідженні не ототожнюється з повною функціональною самодостатністю. Вона визначається через поєднання п'яти ключових елементів:

1. можливості вибору й ухвалення рішень;
2. контролю над отримуваною допомогою;
3. доступності житла, послуг та інфраструктури;
4. збереження соціальних зв'язків і участі у житті громади;
5. наявності реальних альтернатив інституційному проживанню.

### 3.2. Функціональна спроможність і незалежність

Функціональні труднощі є важливим, але не єдиним чинником, що визначає здатність людини жити самостійно. Двоє людей з однаковим порушенням мобільності можуть мати принципово різний рівень незалежності залежно від доступності житла, транспорту, допоміжних засобів, підтримки сім'ї та домашніх послуг.

Тому дослідження розмежовує:

- стан здоров'я та наявність хронічних захворювань;
- офіційно встановлений статус інвалідності;

- фактичні функціональні труднощі;
- здатність виконувати повсякденні дії;
- потребу у сторонній допомозі;
- доступність необхідної підтримки.

Функціональні труднощі оцінюються за шістьма доменами короткого набору запитань Вашингтонської групи: зір, слух, мобільність, пам'ять і концентрація, самообслуговування та комунікація. Ці запитання дають змогу виявити людей, які можуть не мати офіційно встановленої інвалідності, але стикаються із суттєвими обмеженнями участі у повсякденному житті.

Окремо аналізуються базові повсякденні життєві активності — купання, одягання, користування туалетом, пересування в межах житла та прийом їжі. Поєднання Вашингтонського короткого набору й ADL дозволяє відрізнити наявність функціональних труднощів від фактичної залежності у самообслуговуванні.

У подальших розділах буде проаналізовано не лише поширеність функціональних труднощів, а й те, як вони взаємодіють із віком, статтю, регіоном, формою проживання, самотністю, доступом до послуг та впевненістю людини у можливості продовжувати самостійне життя протягом наступних п'яти років.

### 3.3. Самостійне, підтримане та інституційне проживання

Форма проживання сама по собі не визначає рівень незалежності. Людина може проживати у власній квартирі, але залишатися фактично ізольованою через непрацюючий ліфт, недоступний транспорт, відсутність домашнього догляду або неможливість самостійно придбати продукти й ліки. Водночас проживання з родиною або користування регулярною допомогою не обов'язково означає втрату незалежності, якщо людина зберігає можливість висловлювати власні рішення та впливати на спосіб надання підтримки.

Для цілей цього дослідження застосовуються такі робочі поняття.

**Самостійне проживання у власному житлі** — проживання у приватній квартирі або будинку самостійно, з родичами чи іншими особами, за якого людина має можливість контролювати повсякденне життя та отримувати необхідну підтримку вдома або у громаді.

**Підтримане проживання** — соціальна послуга, що поєднує житло у громаді з індивідуально визначеною підтримкою. Така підтримка може охоплювати допомогу в самообслуговуванні, веденні домашнього господарства, комунікації, управлінні коштами, користуванні послугами та участі у житті громади. Підтримане проживання не повинно відтворювати інтернатну модель через колективний режим, обмеження свободи або контроль персоналу над рішеннями мешканців.

В Україні діє Державний стандарт соціальної послуги підтриманого проживання осіб похилого віку та осіб з інвалідністю, затверджений наказом Міністерства соціальної політики від 8 жовтня 2024 року №454-Н. Стандарт формує нормативну основу для розвитку підтриманого проживання як альтернативи інституційному догляду. [Державний стандарт підтриманого проживання](#)

**Місце тимчасового проживання** — житловий формат, призначений для тимчасового розміщення переміщених осіб. Його відповідність принципам незалежного проживання залежить від тривалості перебування, доступності приміщень, приватності, можливості готувати їжу, приймати відвідувачів, користуватися місцевими послугами та впливати на правила спільного проживання.

**Транзитний центр** — короткострокове місце перебування евакуйованих або переміщених осіб, де першочерговим завданням є безпека, первинна допомога та подальше перенаправлення. Транзитний центр не є формою довготривалого житла, а тривале перебування в ньому може поглиблювати невизначеність і залежність людини.

**Заклад довгострокового догляду** — стаціонарний заклад, у якому людина постійно або тривалий час проживає та отримує догляд. Сам факт колективного проживання не є єдиною ознакою інституційності. Вирішальними є рівень контролю людини над своїм життям, можливість обирати розпорядок, харчування, коло спілкування та діяльність, доступ до громади, приватність, добровільність перебування і можливість змінити місце проживання.

Інституційний характер може виникати і в невеликому закладі, якщо всі мешканці підпорядковані єдиному режиму, не мають приватності, не можуть самостійно розпоряджатися коштами, залишати приміщення або впливати на характер підтримки. Натомість невелике житло у громаді з

індивідуалізованою допомогою, свободою вибору та доступом до загальних послуг може відповідати принципам підтриманого проживання.

### 3.4. Деінституціалізація як системна трансформація

Деінституціалізація не зводиться до закриття або перейменування інтернатних закладів. Вона передбачає перенесення центру системи підтримки від установи до людини та громади. Ресурси повинні спрямовуватися не лише на утримання місць у закладах, а й на створення послуг, які дозволяють людині жити у вибраному нею середовищі.

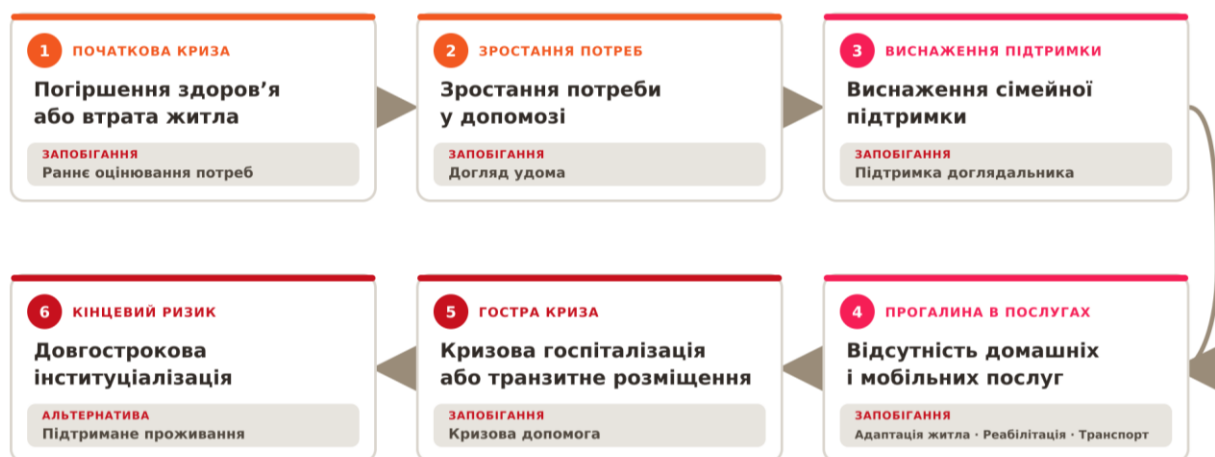
Стратегія реформування психоневрологічних та інших інтернатних закладів і деінституціалізації догляду до 2034 року визначає розвиток послуг у громадах одним із центральних напрямів реформи. Вона охоплює не лише людей, які вже проживають у закладах, а й тих, хто перебуває у групі ризику інституціалізації через інвалідність, погіршення здоров'я, втрату житла, відсутність доглядальника або недоступність необхідних послуг. [Стратегія деінституціалізації до 2034 року](#)

У контексті цього дослідження деінституціалізація включає три взаємопов'язані напрями:

- запобігання новим випадкам інституціалізації;
- створення умов для переходу людей із закладів до життя у громаді;
- трансформацію стаціонарного догляду відповідно до принципів гідності, автономії, приватності та індивідуального вибору.

Запобігання інституціалізації потребує раннього виявлення ризиків. Такими ризиками можуть бути погіршення функціонального стану, смерть або виснаження доглядальника, втрата житла, повторне переміщення, тривала госпіталізація, самотність, відсутність доходу або неможливість отримати допомогу вдома. Якщо місцева система реагує лише після виникнення кризи, заклад довгострокового догляду часто стає єдиним доступним рішенням.

Тому ключовими компонентами деінституціалізації є догляд вдома, домашня медична допомога, денний догляд, реабілітація, персональна допомога, соціальний супровід, підтримане проживання, кризове та короткочасне розміщення, послуги перепочинку для доглядальників, соціальний транспорт, забезпечення допоміжними засобами й адаптація житла.



### 3.5. Нормативна основа організації соціальних послуг у громадах

Закон України «Про соціальні послуги» визначає організаційні та правові засади профілактики складних життєвих обставин, подолання їх наслідків і надання соціальних послуг відповідно до індивідуальних потреб людини. Закон передбачає оцінювання потреб, розроблення індивідуального плану, ведення випадку, залучення надавачів різних форм власності та оцінювання якості послуг. [Закон України «Про соціальні послуги»](#)

На місцевому рівні критичне значення має регулярне визначення потреб населення територіальної громади у соціальних послугах. Відповідний порядок, затверджений наказом Міністерства соціальної політики від 19 квітня 2023 року №130-Н, вимагає аналізувати соціально-демографічну ситуацію, чисельність уразливих груп, наявні послуги, їхню потужність та незадоволені потреби. [Порядок визначення потреб населення громади у соціальних послугах](#)

Постанова Кабінету Міністрів України від 14 січня 2026 року №64 оновила порядок організації надання соціальних послуг і ведення випадку на території громад. Вона посилює значення оцінювання потреб,

індивідуального планування та координації між суб'єктами, залученими до підтримки людини. [Постанова Кабінету Міністрів України №64 від 14 січня 2026 року](#)

Важливою новою складовою нормативної бази є Державний стандарт соціальної послуги консультування з пристосування житлових приміщень, який набрав чинності у листопаді 2025 року. Він передбачає оцінювання житла, визначення необхідних пристосувань, підбір і налаштування допоміжних засобів, навчання користуванню ними та залучення мультидисциплінарної команди. Стандарт поширюється не лише на людей з офіційно встановленою інвалідністю, а й на осіб з обмеженнями повсякденного функціонування. [Державний стандарт консультування з пристосування житла](#)

Наявність нормативного акта, однак, не гарантує фактичної доступності послуги. Для її впровадження громада має:

- включити відповідну послугу до місцевої системи соціальних послуг;
- визначити надавача та механізм фінансування;
- забезпечити підготовку або залучення фахівців;
- встановити порядок направлення й міжвідомчої взаємодії;
- інформувати населення у доступних форматах;
- проводити моніторинг охоплення та якості.

Таким чином, аналіз місцевої політики має оцінювати не тільки формальну наявність програм або переліків послуг, а й їх бюджетне забезпечення, фактичне охоплення, територіальну доступність, сталість і відповідність потребам людей старшого віку.

### **3.6. Роль місцевої влади та неурядових організацій**

Органи місцевого самоврядування є ключовою ланкою реалізації права на самостійне проживання. Саме на місцевому рівні відбувається оцінювання потреб, планування мережі послуг, фінансування комунальних надавачів, соціальне замовлення, залучення недержавних організацій, забезпечення транспорту, доступності громадських будівель і цивільного захисту.

Для реалізації реформи деінституціалізації місцеві програми соціального захисту мають перейти від переважно категоріального розподілу матеріальної допомоги до планування послуг на основі фактичних функціональних і життєвих потреб. Офіційний статус інвалідності, вік або статус ВПО не повинні бути єдиними критеріями доступу. Людина може мати значні труднощі з пересуванням чи самообслуговуванням, але не мати оформленої інвалідності або не відповідати формальним критеріям окремої програми.

Неурядові організації можуть виступати:

- безпосередніми надавачами соціальних і гуманітарних послуг;
- партнерами громад у виявленні потреб;
- розробниками та пілотними надавачами нових моделей підтримки;
- провайдерами навчання й методичної допомоги;
- представниками інтересів людей старшого віку;
- незалежними суб'єктами моніторингу прав і якості послуг;
- адвокаційними партнерами у реформуванні місцевих програм.

Водночас НУО не повинні постійно компенсувати базові функції публічної системи виключно за рахунок короткострокового проектного фінансування. Успішні моделі, започатковані громадськими або міжнародними організаціями, мають поступово інтегруватися до місцевих програм, маршрутів перенаправлення та механізмів фінансування.

### **3.7. Аналітична рамка дослідження**

Для оцінювання самостійного проживання використовується багатовимірна рамка.

| Аналітичний вимір            | Що оцінюється                                                                                                | Основні джерела                              |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Вибір і контроль             | Можливість визначати місце та спосіб проживання, ухвалювати рішення і контролювати допомогу                  | ФГД; Q30; Q47                                |
| Здоров'я та функціональність | Хронічні захворювання, інвалідність, шість доменів Вашингтонської групи, ADL                                 | Q9–Q19; Q22–Q26 модуля ADL                   |
| Матеріальна безпека          | Доходи, фінансова підтримка, витрати на ліки, житло і транспорт                                              | Q18; Q29; Q34; Q39; відкриті Q44–Q45         |
| Житло і середовище           | Безпечність житла, потреба в адаптації, мобільність, доступність будівель та укриттів                        | Q7–Q8; Q33; Q35; Q38                         |
| Догляд і послуги             | Потреба у допомозі, її види, надавачі, достатність, доступ до медичних і соціальних послуг                   | Q19–Q29; Q40–Q43                             |
| Соціальна включеність        | Контакти, участь у громаді, самотність, дискримінація і наявність людини, до якої можна звернутися           | Q27–Q32; Q36–Q37                             |
| Стійкість системи            | Наявність формальних і неформальних механізмів підтримки, роль НУО, місцеві програми та нормативні прогалини | ФГД; нормативний огляд; регіональні програми |

Ця рамка дозволяє аналізувати незалежність не як особисту характеристику людини, а як результат взаємодії її функціональних можливостей із житлом, підтримкою, послугами, громадським середовищем і політикою. Відповідно, обмеження незалежності не повинні автоматично пояснюватися віком, хворобою або інвалідністю. У багатьох випадках вони є наслідком бар'єрів, які можуть і повинні бути усунені через належне планування та надання підтримки.

## 4. Методологія та обмеження дослідження

### 4.1. Дизайн дослідження та методологічний підхід

Дослідження проведено із застосуванням змішаного дизайну, який поєднував кількісні та якісні методи збору й аналізу даних, а також кабінетний огляд нормативних, програмних і дослідницьких матеріалів. Такий підхід дозволив одночасно оцінити поширеність основних потреб і бар'єрів, дослідити суб'єктивне розуміння незалежності та пояснити, як індивідуальний досвід пов'язаний з організацією послуг, умовами проживання та ширшим гуманітарним і нормативним контекстом.

Дослідження включало три взаємопов'язані компоненти:

1. структуроване опитування 400 людей старшого віку;
2. вісім фокус-групових дискусій із людьми старшого віку;
3. кабінетний аналіз законодавства, регіональних документів, програмних матеріалів і попередніх досліджень.

Окремим джерелом якісної інформації стали відкриті відповіді респондентів кількісного опитування. Вони дали можливість доповнити стандартизовані варіанти відповідей власними формулюваннями людей щодо необхідних змін, найбільш потрібних послуг та неврахованих проблем.

Поєднання джерел використовувалося для тріангуляції. Кількісні дані показували масштаб і структуру явищ, ФГД допомагали пояснити досвід і механізми їх виникнення, а кабінетний аналіз дозволяв співвіднести результати з нормативними повноваженнями, регіональними програмами та реформою деінституціалізації.

## 4.2. Географічне охоплення

Дослідження охопило Дніпропетровську та Харківську області. Польова робота проводилася у громадах, визначених технічним завданням, однак результати подаються лише на обласному рівні.

Відмова від оприлюднення результатів за окремими громадами зумовлена трьома причинами. По-перше, кількість учасників у деяких громадах була недостатньою для коректного кількісного порівняння. По-друге, територіальна деталізація могла створити ризик непрямой ідентифікації учасників, особливо мешканців транзитних центрів і закладів довгострокового догляду. По-третє, основним завданням дослідження було виявлення ширших регіональних закономірностей, а не оцінювання ефективності роботи конкретних громад.

Регіональне порівняння здійснювалося між Дніпропетровською та Харківською областями. Воно охоплювало потреби, бар'єри, доступ до послуг, безпекові ризики, соціальну підтримку, функціональні труднощі та впевненість у можливості продовжувати самостійне життя.

## 4.3. Кількісне опитування

### 4.3.1. Вибірка

У кількісному опитуванні взяли участь 400 людей віком від 50 років. Вибірка була квотною та цілеспрямованою. Вона формувалася так, щоб забезпечити рівне регіональне представлення, необхідний гендерний розподіл, включення різних вікових груп, людей з інвалідністю, внутрішньо переміщених осіб та людей, які проживають у різних житлових умовах.

| Характеристика            | Категорія                      | Кількість | Частка |
|---------------------------|--------------------------------|-----------|--------|
| <b>Область</b>            | Дніпропетровська               | 200       | 50,0%  |
|                           | Харківська                     | 200       | 50,0%  |
| <b>Стать</b>              | Жінки                          | 280       | 70,0%  |
|                           | Чоловіки                       | 120       | 30,0%  |
| <b>Вік</b>                | 50–59 років                    | 101       | 25,3%  |
|                           | 60–69 років                    | 154       | 38,5%  |
|                           | 70–79 років                    | 113       | 28,3%  |
|                           | 80+ років                      | 32        | 8,0%   |
| <b>Форма проживання</b>   | Власне житло                   | 120       | 30,0%  |
|                           | Місце тимчасового проживання   | 80        | 20,0%  |
|                           | Транзитний центр               | 80        | 20,0%  |
|                           | Заклад довгострокового догляду | 120       | 30,0%  |
| <b>Статус переміщення</b> | ВПО                            | 160       | 40,0%  |
|                           | Інші респонденти               | 240       | 60,0%  |

Середній вік учасників становив 66,3 року, медіанний — 66 років, а загальний віковий діапазон — від 50 до 88 років.

Запланований гендерний розподіл було досягнуто повністю: 70% вибірки становили жінки та 30% — чоловіки. Регіональний розподіл також відповідав дизайну — по 200 респондентів у кожній області.

Фактичний віковий розподіл дещо відрізнявся від початкових квот: група 50–59 років була представлена більшою мірою, а група 80+ — меншою. Це враховувалося під час інтерпретації результатів. Для групи 80+ поряд із відсотками зазначалася абсолютна кількість спостережень, а висновки не поширювалися на всіх людей цього віку без додаткових застережень.

#### **4.3.2. Критерії включення**

До участі залучалися особи, які:

- досягли 50-річного віку;
- на момент опитування проживали або тимчасово перебували у Дніпропетровській чи Харківській області;
- могли надати добровільну інформовану згоду;
- належали до однієї з визначених груп за формою проживання;
- погодилися пройти індивідуальне структуроване опитування.

Участь не залежала від наявності офіційного статусу інвалідності. Це було принципово важливо, оскільки функціональні труднощі можуть існувати до встановлення інвалідності або залишатися неформальними через складність процедур, брак інформації, безпекові обмеження чи небажання людини звертатися по формальний статус.

#### **4.3.3. Інструмент опитування**

Анкета охоплювала такі тематичні модулі:

- соціально-демографічний профіль;
- домогосподарство та умови проживання;
- стан здоров'я і хронічні захворювання;
- офіційний статус інвалідності;
- короткий набір запитань Вашингтонської групи;
- допоміжні засоби;
- доступ до медичних і соціальних послуг;
- актуальні потреби;
- потреба у догляді та сторонній допомозі;
- повсякденні життєві активності;
- соціальна підтримка й участь у житті громади;
- самотність та задоволеність життям;
- бар'єри для самостійного проживання;
- чинники, що підтримують незалежність;
- пріоритетні зміни та послуги;
- впевненість у можливості жити самостійно протягом наступних п'яти років.

Оскільки окремі номери запитань повторювалися у різних модулях анкети, під час аналізу змінні ідентифікувалися за повним текстом запитання, а не лише за номером. Це дозволило уникнути змішування, наприклад, двох різних блоків щодо доступу до медичних послуг або запитань Q22–Q30 у модулях догляду та ADL.

Опитування проводилося індивідуально. За необхідності інтерв'юери адаптували темп, повторювали запитання або забезпечували фізично доступне місце для розмови. Допомога третьої особи допускалася лише тоді, коли це було необхідно для комунікації, і не повинна була підміняти власну відповідь учасника.

## 4.4. Вимірювання функціональних труднощів: Вашингтонська група

Для визначення функціональних труднощів використовувався короткий набір запитань Вашингтонської групи зі статистики інвалідності — Washington Group Short Set on Functioning, WG-SS. Інструмент охоплює шість базових функціональних доменів:

1. зір, навіть за умови використання окулярів;
2. слух, навіть за умови використання слухового апарата;
3. ходьба або підйом сходами;
4. пам'ять або концентрація уваги;
5. самообслуговування, зокрема миття й одягання;
6. комунікація — розуміння інших і здатність бути зрозумілим.

WG-SS не є медичним діагностичним інструментом і не визначає юридичний статус інвалідності. Його призначення — виявити людей, які через функціональні труднощі можуть мати підвищений ризик обмеження участі у суспільному житті. [Washington Group Short Set on Functioning](#)

Для кожного домену використовувалася чотирирівнева шкала:

- немає труднощів;
- деякі труднощі;
- значні труднощі;
- не може виконати дію взагалі.

Основний WGSS-індикатор формувався відповідно до рекомендованого Вашингтонською групою порогу: до групи з інвалідністю за функціональним критерієм відносилися респонденти, які повідомили про значні труднощі або повну неможливість виконання дії щонайменше в одному з шести доменів. [Рекомендований поріг WG-SS](#)

На етапі аналізу були сформовані такі показники:

- частка респондентів із труднощами в кожному окремому домені;
- частка з будь-якими труднощами — від рівня «деякі труднощі»;
- основний WGSS-індикатор — значні труднощі або неможливість щонайменше в одному домені;
- кількість доменів, у яких людина має труднощі;
- максимальний рівень тяжкості серед усіх шести доменів;
- поєднання кількох функціональних труднощів;
- співвідношення WGSS-індикатора з офіційним статусом інвалідності;
- зв'язок WGSS із віком, статтю, регіоном, ADL, потребою в допомозі, доступом до послуг та впевненістю у майбутньому самостійному проживанні.

Аналіз показав, що 111 із 400 респондентів, або 27,8%, відповідали рекомендованому функціональному критерію WG-SS. Цей показник аналізувався окремо від офіційно встановленої інвалідності, оскільки ці два індикатори вимірюють різні явища.

Детальний аналіз усіх шести доменів Вашингтонської групи буде представлений в окремому підрозділі результатів.

## 4.5. Оцінювання повсякденної функціональності

Для оцінювання базових повсякденних життєвих активностей використовувався модуль ADL. Він охоплював:

- купання;
- одягання;
- користування туалетом;
- пересування у межах житла;

- прийом їжі.

Для кожної активності оцінювався рівень самостійності та потреби у допомозі. На основі відповідей формувалися:

- доменні показники за кожною активністю;
- індикатор потреби у будь-якій допомозі з ADL;
- кількість активностей, для яких потрібна допомога;
- узагальнена категорія рівня залежності.

WGSS та ADL аналізувалися разом, але не вважалися взаємозамінними. WGSS відображає труднощі у базових функціональних доменах, тоді як ADL показує, наскільки ці труднощі впливають на виконання конкретних повсякденних дій.

## 4.6. Фокус-групові дискусії

Було проведено вісім фокус-групових дискусій — по чотири у кожній області. Загалом у ФГД взяли участь 56 людей старшого віку, по сім учасників у кожній групі.

Структура якісної вибірки була симетричною в обох областях:

| Характеристика                           | Категорія       | Кількість       | Частка |
|------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Жінки старшого віку                      | 1 ФГД / 7 осіб  | 1 ФГД / 7 осіб  | 14     |
| Чоловіки старшого віку                   | 1 ФГД / 7 осіб  | 1 ФГД / 7 осіб  | 14     |
| Люди старшого віку з інвалідністю        | 1 ФГД / 7 осіб  | 1 ФГД / 7 осіб  | 14     |
| Внутрішньо переміщені люди старшого віку | 1 ФГД / 7 осіб  | 1 ФГД / 7 осіб  | 14     |
| Загалом                                  | 4 ФГД / 28 осіб | 4 ФГД / 28 осіб | 56     |

Такий дизайн дозволив порівняти:

- жіночий і чоловічий досвід старіння;
- досвід людей з інвалідністю;
- досвід внутрішнього переміщення;
- спільні та відмінні теми у двох областях.

ФГД охоплювали розуміння незалежності, повсякденне життя, потреби, доступ до медичних і соціальних послуг, догляд, бар'єри, соціальну включеність, роль громади та пріоритетні зміни.

Усі цитати у звіті анонімізуються. Для атрибуції використовуються лише код ФГД, стать або ключова характеристика групи та область. Назви конкретних громад, закладів і персональні характеристики, які можуть призвести до ідентифікації учасника, не зазначаються.

## 4.7. Аналіз відкритих відповідей

Анкета містила кілька відкритих запитань:

- Q44 — які три зміни найбільше покращили б здатність людини жити незалежно;
- Q45 — які послуги найбільше потрібні людям відповідного віку у громаді;
- Q48 — які важливі потреби або труднощі не були охоплені анкетною;
- Q49 — завершальні коментарі респондента.

Відповіді очищалися від технічних записів, порожніх значень і відповідей без змістовного навантаження, таких як «ні», «немає» або прочерк. Змістовні відповіді кодувалися за такими темами:

- фінансова безпека;
- медицина та ліки;
- житло;

- працевлаштування і можливості заробітку;
- соціальні послуги;
- догляд вдома;
- транспорт;
- доступність;
- психологічна підтримка;
- соціальна активність;
- юридична допомога;
- безпека та завершення війни;
- повага, увага держави й участь у рішеннях.

Відкриті відповіді використовувалися для пояснення кількісних результатів та як джерело коротких анонімізованих цитат. Вони не розглядалися як окреме репрезентативне якісне дослідження.

## 4.8. Кабінетний аналіз

Кабінетний аналіз охоплював:

- Конвенцію ООН про права осіб з інвалідністю та міжнародне тлумачення права на незалежне життя;
- законодавство України про соціальні послуги;
- Стратегію деінституціалізації до 2034 року;
- державні стандарти підтриманого проживання, паліативного догляду та пристосування житлових приміщень;
- порядок визначення потреб населення громади у соціальних послугах;
- регіональні програми соціального захисту, підтримки ВПО, розвитку соціальних послуг і безбар'єрності;
- звіти МОМ щодо внутрішнього переміщення;
- дослідження потреб людей з інвалідністю та людей старшого віку;
- дослідження інституційної системи й деінституціалізації;
- попередні матеріали HelpAge International та i-APS Ukraine щодо інтегрованого догляду.

Пошук нормативних документів здійснювався в офіційній базі «Законодавство України», на вебсайтах Кабінету Міністрів України, профільних міністерств і обласних військових адміністрацій. Пріоритет надавався чинним редакціям нормативних актів та офіційним документам.

Кабінетний аналіз використовувався не для оцінки кожної громади, а для визначення:

- наявних нормативних можливостей;
- розподілу повноважень;
- основних прогалин між нормативними вимогами та практичним доступом;
- потенційних змін до регіональних і місцевих програм;
- ролі НУО у розвитку послуг та реформі деінституціалізації.

## 4.9. Аналіз кількісних даних

Кількісний аналіз проводився у кілька етапів.

### **Описова статистика**

Для категоріальних змінних розраховувалися частоти та частки. Для віку та інших числових показників — середнє значення, медіана, мінімум і максимум. Для множинного вибору кожен варіант аналізувався як окремий бінарний індикатор.

Для запитань із множинним вибором сума відсотків могла перевищувати 100%, оскільки респондент мав можливість обрати кілька відповідей. У кожному чарті зазначатиметься база розрахунку:

- усі респонденти, N=400;
- лише респонденти, які потребують допомоги;
- лише ті, хто звертався по медичну допомогу;

- інша релевантна підгрупа.

### **Порівняльний аналіз**

Основні показники порівнювалися за:

- областю;
- статтю;
- віковою групою;
- формою проживання — де доступне коректне поєднання з індивідуальними відповідями;
- офіційним статусом інвалідності;
- WGSS-індикатором;
- рівнем залежності за ADL;
- проживанням наодинці;
- потребою у регулярній допомозі.

Для статусу ВПО у профілі вибірки використовувався підтверджений агрегований показник — близько 40%. Детальні висновки щодо досвіду ВПО ґрунтувалися насамперед на спеціалізованих ФГД, відкритих відповідях, порівнянні форм проживання та зовнішніх даних MOM.

Для категоріальних змінних могли застосовуватися критерій хі-квадрат або точний критерій Фішера за малої кількості спостережень. Поряд із статистичною значущістю враховувалися абсолютна різниця між групами, розмір підгрупи та практичне значення результату. За можливості розраховувався розмір ефекту, зокрема коефіцієнт V Крамера.

Результати для невеликих підгруп, передусім людей 80+, інтерпретувалися обережно. Відсотки супроводжувалися абсолютною кількістю спостережень.

### **Аналіз п'ятирівневих шкал**

Для запитань із відповідями від 1 до 5 аналізувалися повні розподіли. Для окремих порівнянь відповіді додатково групувалися:

- 1–2 — низький рівень або негативна оцінка;
- 3 — середня або невизначена оцінка;
- 4–5 — високий рівень або позитивна оцінка.

Таке групування застосовувалося до задоволеності послугами, відчуття належності до громади, доступності та впевненості у майбутньому самостійному проживанні. Середні значення не використовувалися як єдина характеристика порядкових шкал.

### **Багатовимірний аналіз**

Основним результативним показником для багатовимірного аналізу визначено впевненість респондента у можливості продовжувати жити самостійно протягом наступних п'яти років — Q47.

Для бінарної моделі відповіді групувалися так:

- 4–5 — упевнений або повністю впевнений;
- 1–3 — не впевнений, скоріше не впевнений або невизначений.

Потенційними предикторами виступали:

- вік;
- стать;
- область;
- WGSS-індикатор;
- рівень ADL;
- самооцінка стану здоров'я;
- проживання наодинці;
- потреба у регулярній допомозі;
- достатність отримуваної допомоги;

- самотність;
- підтримка сім'ї та громади;
- доступність медичних і соціальних послуг;
- вплив безпекової ситуації.

Результати моделі інтерпретувалися як статистичні зв'язки, а не як доказ причинно-наслідкового впливу. Подавалися відношення шансів, довірчі інтервали та характеристика напряду зв'язку. Через квотний характер вибірки модель використовувалася для виявлення внутрішніх закономірностей у дослідженій групі, а не для прогнозування на рівні всього населення областей.

## 4.10. Аналіз якісних даних

Транскрипти ФГД аналізувалися методом тематичного аналізу. Початковий кодбук був побудований на основі завдань дослідження та включав такі основні категорії:

- розуміння незалежності;
- потреби;
- стан здоров'я і функціональність;
- житло;
- догляд;
- доступ до послуг;
- економічні бар'єри;
- фізична та інформаційна доступність;
- самотність і соціальна включеність;
- безпека;
- внутрішнє переміщення;
- формальна та неформальна підтримка;
- альтернативи інституційному догляду;
- роль НУО;
- пріоритетні зміни.

Під час кодування додавалися індуктивні підкатегорії, які виникали з відповідей учасників. Зокрема, окремо аналізувалися прихована потреба у допомозі, небажання бути тягарем для родини, цифрова ізоляція, нестабільність проєктних послуг, втрата соціальної ролі, підтримка доглядальників, ремонт допоміжних засобів і доступність укріплень.

Поширеність тем у якісних матеріалах не перетворювалася на відсотки. Формулювання на кшталт «більшість учасників ФГД» використовувалися лише тоді, коли тема простежувалася у переважній частині груп. В інших випадках зазначалося, що тема виникла в окремих групах або була особливо характерною для певної підгрупи.

Цитати відбиралися за трьома критеріями:

- вони чітко ілюстрували аналітичний висновок;
- не містили інформації, яка могла б ідентифікувати учасника;
- не використовувалися замість кількісного доказу поширеності явища.

## 4.11. Тріангуляція даних

Для кожної ключової теми порівнювалися результати різних джерел. Наприклад:

- кількісні відповіді про фінансові потреби зіставлялися з відкритими відповідями та обговореннями вартості ліків і комунальних послуг у ФГД;
- WGSS та ADL порівнювалися з описами мобільності, самообслуговування і доступності;
- відповіді про бажання залишатися вдома зіставлялися з темами домашнього догляду, підтриманого проживання і страху інституціалізації;

- оцінки соціальних служб порівнювалися з розповідями про фактичний досвід отримання допомоги;
- результати щодо ВПО співвідносилися з даними спеціалізованих ФГД та звітами МОМ;
- висновки про місцеві послуги порівнювалися з чинними нормативними повноваженнями й регіональними програмами.

Збіг результатів із різних джерел розглядався як посилення доказової основи. Розбіжності не усувалися механічно, а аналізувалися як потенційна ознака різного досвіду підгруп, нерівномірного доступу до послуг або розриву між формальною наявністю послуги та можливістю фактично нею скористатися.

## 4.12. Забезпечення якості даних

Перед аналізом кількісний масив було перевірено на:

- дублікати;
- вихід значень за допустимі межі;
- пропущені значення у ключових змінних;
- логічну узгодженість пов'язаних запитань;
- коректність множинного вибору;
- відповідність віку критеріям включення;
- узгодженість регіональних і гендерних квот.

У масиві не було виявлено повних дублікатів. Основні змінні — вік, стать, область, стан здоров'я, офіційна інвалідність, WGSS, ключові потреби, бар'єри, чинники підтримки та Q47 — були заповнені для всіх 400 респондентів.

Агрегований розподіл за формою проживання був звірений із фінальними польовими квотами. Для аналізів, що потребують індивідуального поєднання форми проживання з іншими відповідями, використовувалися лише верифіковані спостереження, а висновки додатково перевірялися за матеріалами ФГД.

Якісні матеріали перевірялися на відповідність структурі гайду, повноту тематичних блоків і наявність контексту, необхідного для коректного тлумачення цитат.

## 4.13. Етичні принципи

Участь у дослідженні була добровільною. До початку опитування або ФГД учасникам пояснювали мету дослідження, характер запитань, конфіденційність, право не відповідати на окремі запитання та можливість припинити участь у будь-який момент.

Особлива увага приділялася:

- доступному поясненню інформації;
- достатньому часу для відповіді;
- недопущенню тиску з боку працівників закладу, родичів або інших осіб;
- конфіденційності інформації про здоров'я, інвалідність, переміщення й сімейні обставини;
- мінімізації емоційного навантаження;
- можливості зробити перерву;
- анонімізації цитат і результатів.

У звіті не зазначаються імена учасників, адреси, конкретні громади або інші характеристики, поєднання яких могло б призвести до ідентифікації людини.

## 4.14. Обмеження дослідження

Результати слід інтерпретувати з урахуванням таких обмежень.

**Квотний характер вибірки.** Вибірка не є випадковою або статистично репрезентативною для всіх людей старшого віку Дніпропетровської та Харківської областей. Результати описують досвід дослідженої групи та дозволяють здійснювати внутрішні порівняння.

**Нерівномірне представлення вікових груп.** Люди 80+ становили 8% вибірки, або 32 особи. Тому результати для цієї групи є важливими аналітичними сигналами, але потребують обережного узагальнення.

**Агрегований характер окремих показників.** Частка ВПО та фінальний розподіл за формою проживання були підтверджені на агрегованому рівні. Через це не всі кількісні показники могли бути повністю дезагреговані за статусом переміщення або формою проживання. Такі порівняння доповнювалися якісними даними.

**Самозвітування.** Дані про здоров'я, функціональні труднощі, доступ до послуг, дискримінацію, самотність і задоволеність життям ґрунтуються на самооцінці учасників та можуть залежати від пам'яті, очікувань і готовності повідомляти про особисті труднощі.

**Поперечний дизайн.** Опитування відображає ситуацію на момент збору даних і не дозволяє безпосередньо визначити причинно-наслідкові зв'язки або зміни з часом.

**Безпековий контекст.** Обстріли, повітряні тривоги, переміщення населення, транспортні обмеження та перебої в роботі установ могли впливати на доступ до учасників і на їхні відповіді.

**Групова динаміка ФГД.** Учасники могли не порушувати чутливі теми або погоджуватися з більш активними членами групи. Тому висновки ФГД використовуються для розуміння досвіду та механізмів, а не для оцінювання поширеності явищ.

**Відсутність порівняння на рівні громад.** Через малу кількість учасників в окремих локаціях результати агреговані до рівня областей. Це обмежує можливість оцінити локальні відмінності, але зменшує ризик помилкових або стигматизуючих висновків щодо конкретних громад.

Попри ці обмеження, поєднання кількісного опитування, ФГД, відкритих відповідей і нормативного desk review створює достатню основу для визначення основних потреб, бар'єрів і передумов самостійного проживання та для підготовки практичних програмних і політичних рекомендацій.

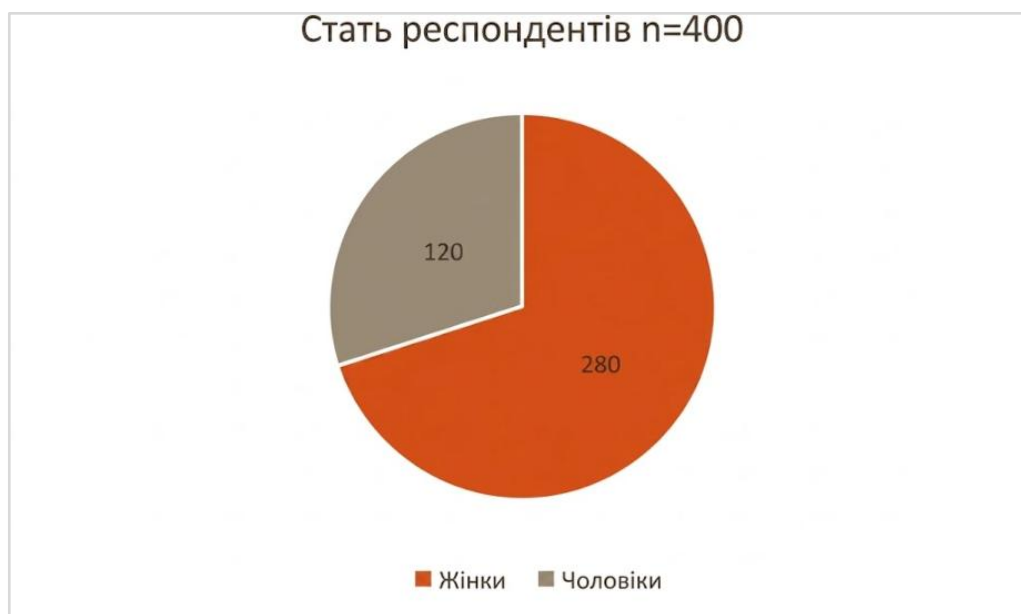
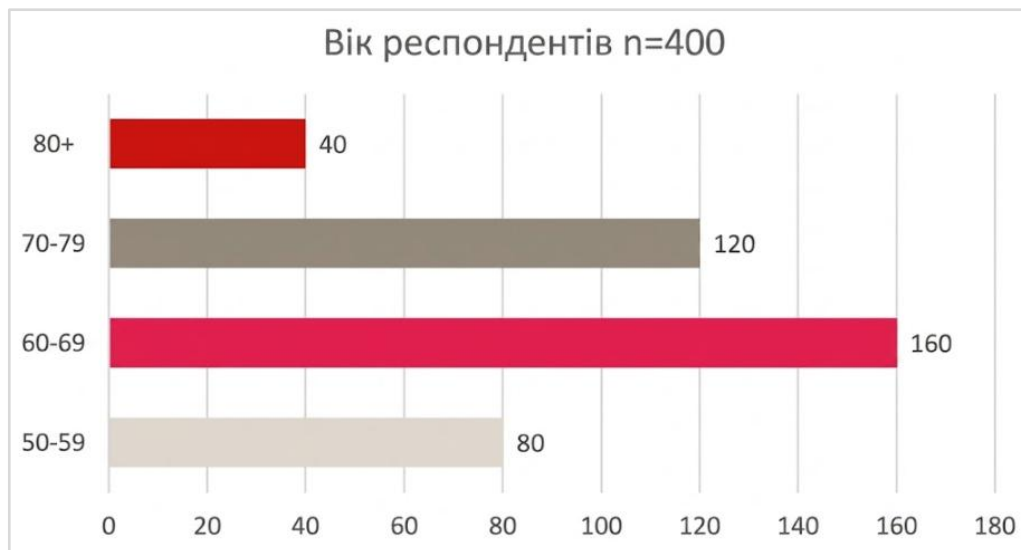
## 5. Профіль учасників дослідження, стан здоров'я та функціональні можливості

### 5.1. Соціально-демографічний профіль

Кількісним опитуванням охоплено 400 людей віком від 50 до 88 років: по 200 учасників у Дніпропетровській та Харківській областях. Середній вік опитаних становив 66,3 року, медіанний — 66 років.

Найбільшу вікову групу становили люди віком 60–69 років — 160 осіб, або 40,0% вибірки. До групи 70–79 років належали 120 респондентів, або 30,0%; до групи 50–59 років — 80 респондентів, або 20,0%; до групи 80 років і старше — 40 респондентів, або 10,0%.

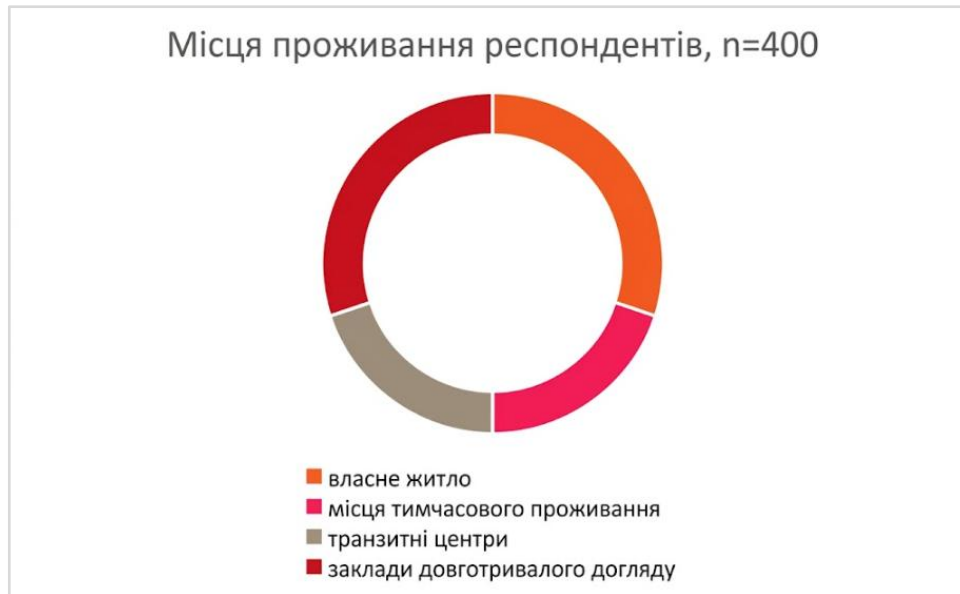
Жінки становили 70,0% вибірки — 280 респонденток, а чоловіки — 30,0%, або 120 респондентів. Відповідно, результати дослідження більшою мірою відображають досвід старших жінок. Водночас проведення окремих фокус-групових дискусій із жінками та чоловіками дало змогу виявити гендерні відмінності у сприйнятті незалежності, зверненні по допомогу та використанні неформальної підтримки.



Вибірка охоплювала чотири основні форми проживання:

- власне житло — 120 осіб, або 30,0%;
- місця тимчасового проживання — 80 осіб, або 20,0%;
- транзитні центри — 80 осіб, або 20,0%;
- заклади довготривалого догляду — 120 осіб, або 30,0%.

Близько 40% учасників дослідження мали статус внутрішньо переміщених осіб. Через відсутність повністю верифікованого індивідуального поля щодо статусу ВПО в експортованій базі цей показник використовується для опису загального охоплення, але не для кількісних перехресних порівнянь на рівні окремих респондентів.



Майже половина учасників повідомила, що проживає сама. Варіант «сам(а)» як єдину відповідь обрали 188 осіб, або 47,0%. Ще шість учасників поєднали його з іншою житловою ситуацією. Отже, показник людей, які ідентифікували себе як таких, що проживають самі, становить 48,5%.

З чоловіком або дружиною проживали 28,5% опитаних, із дітьми — 9,0%, одночасно з партнером і дітьми — 7,5%. За сімейним станом 42,5% перебували у шлюбі, 34,5% були вдівцями або вдовами, 16,0% — розлученими, а 7,0% ніколи не перебували у шлюбі.

Висока частка людей, які проживають самі, має безпосереднє значення для планування послуг. За відсутності співмешканців навіть помірне погіршення мобільності, зору, пам'яті або здатності виконувати домашні справи може створювати ризик незадоволених потреб, соціальної ізоляції чи екстреного переміщення до закладу догляду.

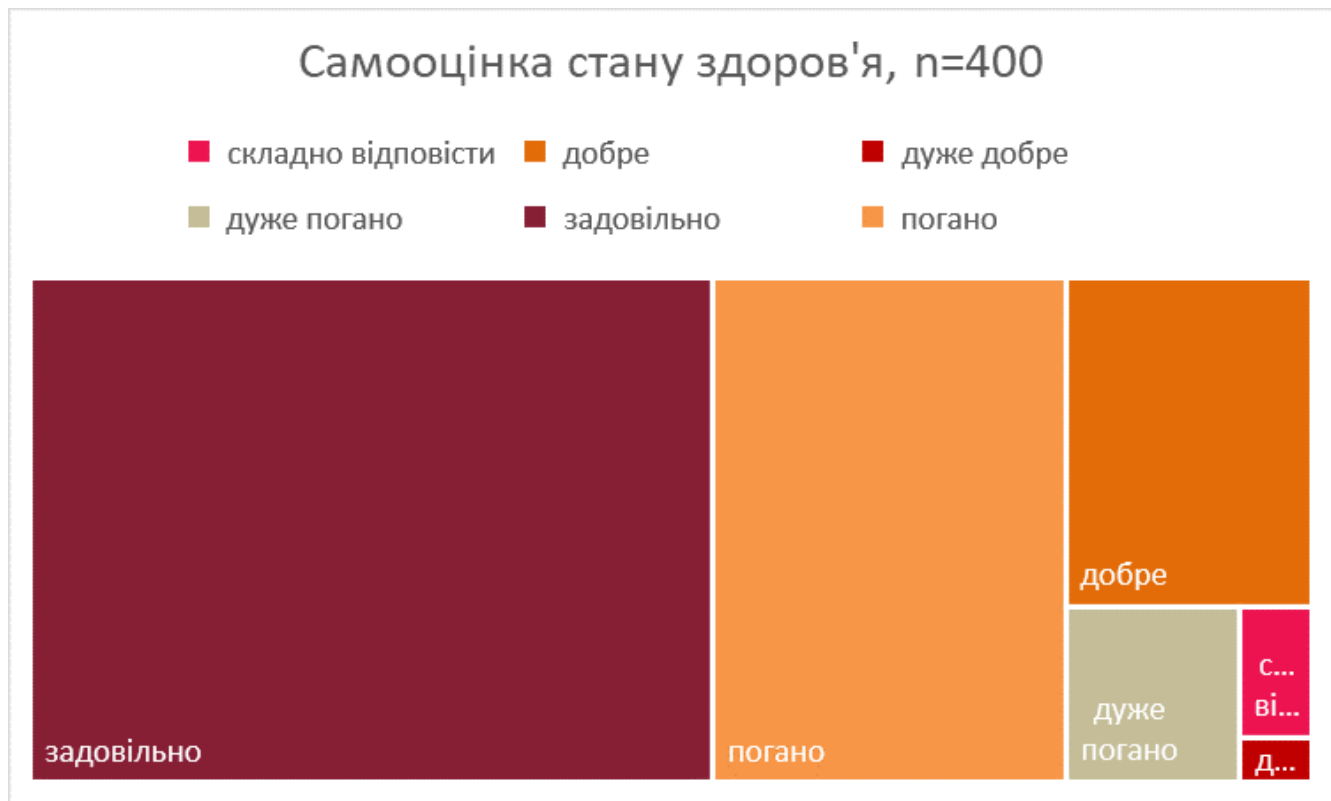
## 5.2. Самооцінка здоров'я та хронічні захворювання

Лише 13,0% учасників оцінили стан свого здоров'я як добрий або дуже добрий. Понад половина — 53,3% — визначили його як задовільний, а 32,3% — як поганий або дуже поганий.

Хронічні захворювання або тривалі проблеми зі здоров'ям мали 317 учасників, або 79,3% вибірки. Найпоширенішими серед них були:

- серцево-судинні захворювання або гіпертонія — 130 осіб, або 41,0% учасників із хронічними захворюваннями;
- порушення зору — 119 осіб, або 37,5%;
- захворювання опорно-рухового апарату — 79 осіб, або 24,9%;
- неврологічні захворювання — 69 осіб, або 21,8%;
- діабет — 68 осіб, або 21,5%;
- тривожність, депресивні стани або інші проблеми психічного здоров'я — 57 осіб, або 18,0%;
- порушення слуху — 42 особи, або 13,2%;
- захворювання органів дихання — 41 особа, або 12,9%.

Оскільки учасники могли називати декілька захворювань, сума відповідей перевищує 100%. Отримані результати свідчать про значну поширеність мультиморбідності, коли одна людина одночасно має декілька хронічних станів. За таких обставин потреба полягає не лише в окремій медичній консультації, а в безперервному супроводі, доступі до ліків, реабілітації, транспорті та координації між медичними і соціальними службами.



### 5.3. Офіційно встановлена інвалідність

Офіційно встановлену інвалідність мали 123 учасники, або 30,8% вибірки. Ще 23 особи, або 5,8%, перебували у процесі її оформлення. Про відсутність встановленої інвалідності повідомили 52,3%, тоді як 11,3% не побажали відповідати.

Серед 123 учасників із підтвердженим статусом 52 мали II групу інвалідності, 52 — III групу, шість — I групу. Ще 13 осіб не побажали назвати групу.

Офіційний статус є важливим для доступу до пільг, соціального захисту, реабілітації та допоміжних засобів. Водночас він не дає повної картини фактичних труднощів людини у повсякденному житті. Саме тому в дослідженні офіційний статус було доповнено оцінюванням функціонування за коротким набором запитань Вашингтонської групи.

### 5.4. Детальний аналіз запитань Вашингтонської групи

#### 5.4.1. Підхід до інтерпретації

Короткий набір Вашингтонської групи оцінює труднощі у шести базових функціональних доменах:

1. зір;
2. слух;
3. ходьба або підйом сходами;
4. пам'ять або концентрація;
5. самообслуговування;
6. спілкування.

Для кожного домену використовувалися чотири рівні відповіді: від відсутності труднощів до повної неможливості виконувати відповідну дію. Відповідно до рекомендованого порога WGSS, до групи людей з інвалідністю за функціональним критерієм віднесено учасників, які повідомили про «значні труднощі» або повну неможливість хоча б в одному домені.

За цим критерієм функціональну інвалідність виявлено у 111 учасників, або 27,8% вибірки.

Водночас 328 осіб, або 82,0%, повідомили щонайменше про деякі труднощі хоча б в одному домені. Цей ширший показник не слід інтерпретувати як поширеність інвалідності. Він демонструє масштаб помірних і потенційно прогресуючих функціональних обмежень, які можуть вимагати раннього втручання.

### 5.4.2. Розподіл труднощів за функціональними доменами

| Функціональний домен      | Мають принаймні деякі труднощі | Мають значні труднощі або не можуть виконувати дію |
|---------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| Ходьба або підйом сходами | 65,0%                          | 17,3%                                              |
| Пам'ять або концентрація  | 63,3%                          | 7,3%                                               |
| Зір                       | 53,3%                          | 12,5%                                              |
| Слух                      | 29,3%                          | 3,5%                                               |
| Самообслуговування        | 28,3%                          | 8,8%                                               |
| Спілкування               | 13,5%                          | 3,8%                                               |

Найпоширенішими були труднощі з ходьбою або подоланням сходів. Про принаймні деякі труднощі повідомили 260 осіб, а 69 осіб мали значні труднощі або зовсім не могли ходити чи підійматися сходами. Це безпосередньо пов'язує функціональний стан із доступністю житла, транспорту, медичних установ та укріплень.

Другим поширеним доменом були пам'ять і концентрація: 63,3% мали принаймні деякі труднощі. Навіть коли такі труднощі не досягають порога WGSS, вони можуть ускладнювати приймання ліків, оформлення документів, користування цифровими сервісами та розуміння складної інформації.

Понад половина учасників повідомила про труднощі із зором. Значні труднощі або повну втрату зору мали 12,5% опитаних. Це вимагає доступної комунікації, великих шрифтів, контрастного оформлення інформації та можливості отримувати послуги не лише через цифрові канали.

Функціональні труднощі часто поєднувалися. Два або більше доменів із принаймні деякими труднощами мали 68,0% учасників, три або більше — 49,5%. Значні труднощі щонайменше у двох доменах мали 13,0% вибірки, а у трьох або більше — 7,3%.

Таким чином, потреби значної частини учасників не можуть бути задоволені однією вузькоспеціалізованою послугою. Поєднання труднощів із мобільністю, зором, пам'яттю та самообслуговуванням вимагає комплексного плану підтримки.

*«Я можу готувати, працювати за комп'ютером, організовувати справи, але не можу подолати сходи».*  
*[Учасник ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Харківська область].*

Ця цитата ілюструє, що функціональна незалежність залежить не тільки від стану людини, а й від характеристик середовища. Недоступний вхід або сходи можуть перетворити окреме порушення мобільності на фактичну ізоляцію, не зачіпаючи інших здібностей людини.

### 5.4.3. Відмінності за віком, статтю та областю

Найвища частка учасників, які перетнули рекомендований поріг WGSS, спостерігалася у групі 80 років і старше — 56,3%. Серед людей віком 70–79 років вона становила 29,2%, у групі 50–59 років — 27,7%, а серед учасників віком 60–69 років — 20,8%.

Тенденція серед груп до 80 років не була строго лінійною, що може пояснюватися структурою вибірки, різними формами проживання та цільовим включенням людей із підвищеною вразливістю. Водночас різке зростання показника серед людей 80+ є однозначним сигналом необхідності пріоритетного проактивного охоплення цієї групи.

Серед жінок поріг WGSS перетнули 29,6%, серед чоловіків — 23,3%. Різницю варто розглядати як описову: вона може бути пов'язана з віковим складом, умовами проживання, тривалістю життя та відмінностями у повідомленні про труднощі.

Помітною була різниця між областями: у Харківській області поріг WGSS перетнули 40,0% учасників, тоді як у Дніпропетровській — 15,5%. Цей результат не слід трактувати як оцінку поширеності інвалідності серед населення областей. Він може відображати склад охоплених груп, форми проживання та цільове включення людей з інвалідністю. Регіональна різниця потребує врахування під час інтерпретації інших результатів і детальніше розглядається у розділі про регіональні особливості.

#### 5.4.4. Співвідношення функціональних труднощів та офіційного статусу

Аналіз показав, що офіційно встановлена інвалідність і функціональний показник WGSS перетинаються лише частково.

Серед 111 учасників, які перетнули поріг WGSS, лише 56 осіб мали підтверджену інвалідність. Ще 24 повідомили, що не мають офіційно встановленої інвалідності, 13 перебували у процесі її оформлення, а 18 не побажали повідомляти про статус.

Водночас 67 із 123 учасників з офіційно встановленою інвалідністю не перетнули поріг WGSS. Це не означає відсутності в них інвалідності: юридичний статус може бути встановлений через стани або обмеження, які не охоплюються шістьма доменами короткого набору, або завдяки лікуванню, допоміжним засобам і підтримці людина може не повідомляти про значні поточні труднощі.

Отже, жоден із двох показників не може замінити інший. Для визначення права на встановлені державою виплати та гарантії потрібен офіційний статус, тоді як для планування послуг у громаді необхідне регулярне функціональне оцінювання незалежно від наявності посвідчення чи групи інвалідності.

#### 5.4.5. Зв'язок функціональних труднощів із потребою в підтримці

Функціональний показник мав сильний зв'язок із повсякденною потребою в допомозі:

- серед учасників, які перетнули поріг WGSS, 70,3% потребували допомоги принаймні з однією базовою повсякденною дією, порівняно з 11,1% серед решти учасників;
- регулярної допомоги у повсякденному житті потребували 83,8% учасників із показником WGSS проти 17,3% серед тих, хто не перетнув поріг;
- адаптації житла потребували 43,2% проти 13,1%;
- поганим або дуже поганим свій стан здоров'я вважали 71,2% проти 17,3%;
- високу впевненість у можливості продовжувати самостійне життя протягом наступних п'яти років мали лише 6,3% учасників із показником WGSS порівняно з 24,2% серед решти.

Таким чином, запитання Вашингтонської групи не лише описують функціональні труднощі, а й допомагають ідентифікувати людей із підвищеним ризиком втрати можливості самостійного проживання. Їх доцільно включати до місцевого оцінювання потреб, роботи соціальних служб, програм гуманітарної підтримки та планування евакуації.

### 5.5. Самостійність у виконанні базових повсякденних дій

Щонайменше з однією базовою дією — купанням, одяганням, користуванням туалетом, пересуванням у межах житла або прийманням їжі — допомоги потребували 110 учасників, або 27,5%.

Найбільші труднощі виникали під час:

- купання — 21,0% потребували допомоги або не могли виконувати дію;
- пересування в межах житла — 16,8%;
- одягання — 11,8%;
- користування туалетом — 8,8%;
- приймання їжі — 6,3%.

Регулярної допомоги у повсякденному житті потребували 143 особи, або 35,8%. Інше, ширше за формулюванням питання показало, що 19,5% потребують допомоги від інших осіб регулярно, а 41,8% — іноді. Основного доглядальника мали 28,5% учасників.

Різниця між показниками пояснюється тим, що регулярна повсякденна допомога охоплює не лише базове самообслуговування, а й покупки, приготування їжі, прибирання, супровід до лікаря, отримання ліків, оплату рахунків та оформлення документів. Людина може самостійно одягатися і приймати їжу, але не мати змоги вийти з будинку, принести продукти або дістатися до медичного закладу.

## 5.6. Використання допоміжних засобів

Найпоширенішими допоміжними засобами були окуляри, якими користувалися 62,8% учасників, і тростини — 27,8%. Поручні або інші пристосування вдома використовували 19,5%, ходунки — 9,8%, слухові апарати — 8,8%, крісла колісні — 8,3%, протези або ортези — 3,3%.

Про наявність усіх необхідних засобів повідомили 61,8% учасників. Ще 19,3% зазначили, що не потребують таких засобів. Частково забезпеченими були 15,5%, а 3,5% не мали необхідних засобів. Отже, 76 осіб, або 19,0% усієї вибірки, мали частково або повністю незадоволену потребу. Серед учасників, які не зазначили, що взагалі не потребують допоміжних засобів, ця частка становила 23,5%.

Видача окремого засобу не гарантує його ефективного використання. Необхідні індивідуальний підбір, навчання, ремонт, заміна витратних матеріалів, адаптація житла та перевірка того, чи дає засіб змогу долати весь маршрут до потрібної послуги.

«Транспорт до реабілітації й засоби мобільності. Видали палицю — і вважають питання закритим». [Учасник чоловічої ФГД, Харківська область].

## 5.7. Безпека та адаптація житла

Переважно або завжди безпечно у своєму житлі почувалися 67,3% учасників. Водночас 23,5% почувалися безпечно лише іноді, 8,0% — рідко, а 1,3% — ніколи. Отже, для майже третини вибірки житло не забезпечувало стабільного відчуття безпеки.

Адаптації житла потребували 86 учасників, або 21,5%. Серед людей, які перетнули поріг WGSS, така потреба була більш ніж утричі поширенішою, ніж серед інших учасників: 43,2% проти 13,1%.

Потреба в адаптації може включати встановлення поручнів, усунення порогів, облаштування ванної кімнати, покращення освітлення, забезпечення доступного входу, ремонт ліфта або переміщення людини на доступніший поверх. Для мешканців орендованого і тимчасового житла додатковим бар'єром є необхідність отримувати згоду власника або адміністрації.

«Адаптація орендованого житла. Власник не хоче свердлити стіну для поручня, а без нього ванна небезпечна». [Учасниця ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Харківська область].

## 5.8. Основні висновки розділу

Профіль учасників демонструє накопичення взаємопов'язаних факторів вразливості: високу поширеність хронічних захворювань, проживання на самоті, функціональні труднощі, незадоволені потреби в допоміжних засобах та недостатню пристосованість житла.

Найбільш критичною групою є люди 80 років і старше: понад половина учасників цієї вікової категорії перетнула функціональний поріг WGSS. Водночас ризик втрати незалежності не обмежується найстаршою групою. Значні функціональні труднощі були виявлені й серед людей 50–79 років.

Порівняння офіційного статусу інвалідності з WGSS показало, що адміністративний облік не охоплює всіх людей із суттєвими функціональними труднощами. Тому оцінювання потреб має спиратися не лише на документи або групу інвалідності, а на те, що людина фактично може робити, якої підтримки потребує та які бар'єри створює її середовище.

Збереження самостійного проживання потребує раннього виявлення функціональних труднощів і надання підтримки до того, як вони призведуть до повної залежності або інституціоналізації. Пріоритетними є домашній догляд, реабілітація, адаптація житла, доступний транспорт, належні допоміжні засоби, підтримка неформальних доглядальників і регулярний контакт із людьми, які проживають самі.

## 6. Уявлення людей старшого віку про незалежність і самостійне проживання

### 6.1. Незалежність як право вибору, а не відсутність допомоги

Результати фокус-групових дискусій показують, що люди старшого віку не ототожнюють незалежність із необхідністю виконувати всі повсякденні дії без сторонньої допомоги.

Центральними елементами незалежності для них є можливість самостійно ухвалювати рішення, контролювати власний розпорядок дня, розпоряджатися коштами, обирати місце проживання та визначати, яку допомогу, коли і від кого отримувати.

*«Це не означає все робити самій. Це означає, що я вирішую, коли вставати, що купувати, до якого лікаря йти, а допомога підтримує мій вибір». [Учасниця жіночої ФГД, Дніпропетровська область]*

Таким чином, підтримка сама по собі не сприймається як залежність. Навпаки, своєчасна, передбачувана та організована відповідно до волі людини підтримка розглядається як умова збереження незалежності. Залежність виникає тоді, коли людина не має альтернатив, змушена підлаштовуватися під єдину доступну послугу або коли рішення щодо її життя ухвалюють родичі, працівники установ чи надавачі послуг.

*«Я не вважаю допомогу залежністю. Залежність — коли тобі не дають вибору або послуга є лише в одному закладі далеко від дому» [Учасник чоловічої ФГД, Дніпропетровська область].*

Учасники з інвалідністю особливо наголошували на необхідності звертатися безпосередньо до самої людини, давати їй достатньо часу для відповіді та не замінювати підтримку ухваленням рішень за неї. Фізичні, сенсорні або комунікаційні труднощі не повинні автоматично трактуватися як нездатність визначати власні потреби.

Для практичного планування послуг це означає, що їхня якість має оцінюватися не лише за фактом надання допомоги, а й за тим, чи зберігає людина контроль над своїм життям. Послуга, яка формально задовольняє базову потребу, але позбавляє людину приватності, вибору часу, способу отримання допомоги або можливості відмовитися від неї, не повністю відповідає принципам незалежного проживання.

## **6.2. Власний простір, приватність і стабільність житла**

Житло було одним із центральних елементів уявлення про незалежність. Учасники пов'язували його не стільки з правом власності, скільки зі стабільністю, приватністю та можливістю контролювати власний простір.

У власному житлі важливими є можливість мати ключ, приймати відвідувачів, готувати їжу за власним вибором, зберігати особисті речі та визначати свій розпорядок. Водночас проживання у власній квартирі чи будинку не гарантує реальної незалежності, якщо людина не може вийти через сходи, непрацюючий ліфт, недоступний двір або відсутність транспорту.

У місцях тимчасового проживання і транзитних центрах незалежність обмежується спільними кімнатами та санітарними приміщеннями, режимом установи, нестачею місця для особистих речей, неможливістю запросити близьких і невизначеністю щодо тривалості перебування.

Для внутрішньо переміщених людей старшого віку житлова незалежність насамперед означає захищеність від повторного переміщення. Навіть невелика кімната може сприйматися як дім, якщо людина має право залишатися в ній, може закрити двері та планувати своє життя хоча б на середньострокову перспективу.

*«Мати місце, звідки мене не попросять виїхати через місяць. Навіть одна кімната може бути домом, якщо є право залишатися». [Учасниця ФГД із внутрішньо переміщеними людьми старшого віку, Харківська область].*

Для подружжя та родин, у яких одна людина має значні потреби в догляді, важливим компонентом незалежності є можливість залишатися разом. Варіанти розміщення, за яких подружжя розділяють через різний рівень потреб у підтримці, сприймаються як втрата контролю і сімейного життя.

## **6.3. Бажана форма проживання у разі зростання потреб у догляді**

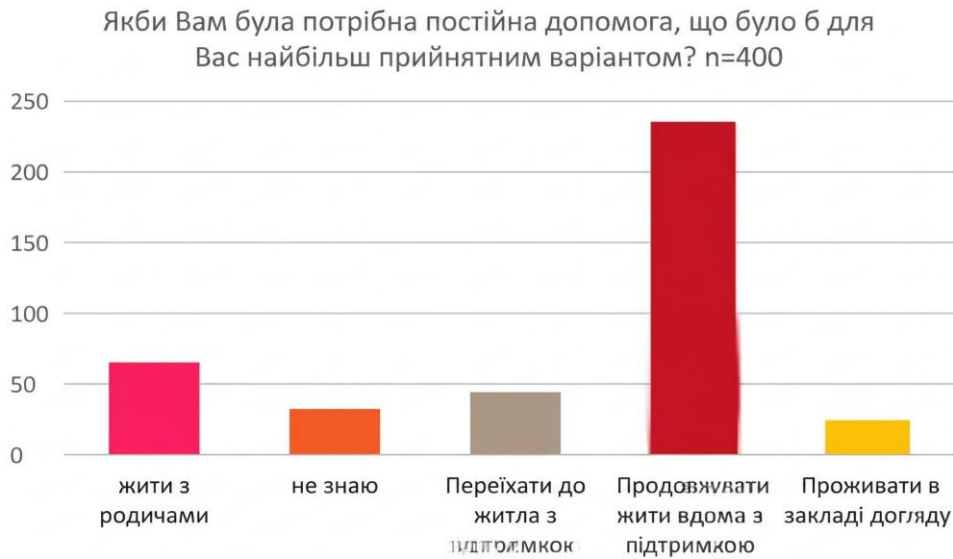
Кількісні результати підтверджують чітке прагнення більшості учасників залишатися у звичному середовищі навіть у разі погіршення здоров'я.

Якби постійна допомога стала необхідною:

- 58,8% хотіли б продовжувати жити вдома з підтримкою;
- 16,3% вважали найбільш прийнятним проживання з родичами;
- 11,0% обрали б підтримане проживання;

- 6,0% погодилися б на проживання у закладі догляду;
- 8,0% не змогли визначитися.

Отже, щонайменше 85,0% учасників віддали перевагу одному з варіантів проживання у звичайному або наближеному до звичайного житловому середовищі: у власному домі, з родичами або в житлі з підтримкою.



Низька частка тих, хто обрав заклад догляду, не означає повного заперечення стаціонарної підтримки. Під час ФГД учасники визнавали, що окремим людям може бути потрібна цілодобова допомога. Проте перевага віддавалася невеликим, доступним і розташованим у громаді формам підтриманого проживання, де зберігаються приватність, особисті речі, сімейні зв'язки та право визначати власний розпорядок.

*«Я хочу залишатися у своєму домі, але не бути покинутою. Два домашні візити на тиждень дали б більше свободи, ніж переїзд до закладу».*[Учасниця ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Дніпропетровська область].

Ці результати свідчать, що основним запитом є не вибір між повною самостійністю та закладом, а доступність широкого спектра проміжних варіантів: допомоги вдома, мобільних медичних послуг, денного догляду, короткочасної підтримки, перепочинку для доглядальників і підтриманого проживання.

## 6.4. Невпевненість у можливості залишатися незалежними

Попри чітке бажання залишатися вдома, більшість учасників не були впевнені, що зможуть продовжувати самостійне життя у середньостроковій перспективі.

На запитання про здатність жити самостійно протягом наступних п'яти років:

- 49,3% обрали найнижчу оцінку — «зовсім не впевнений/не впевнена»;
- 13,8% поставили оцінку 2;
- 17,8% — оцінку 3;
- 11,8% — оцінку 4;
- лише 7,5% були повністю впевнені.

Загалом низьку впевненість, тобто оцінки 1–2, мали 63,0% учасників. Високу впевненість, оцінки 4–5, висловили лише 19,3%. Середня оцінка становила 2,14 бала з п'яти.

Особливо низькою впевненість була серед людей із вираженими функціональними труднощами. Серед учасників, які перетнули поріг Вашингтонської групи, лише 6,3% високо оцінювали свою здатність продовжувати незалежне життя протягом наступних п'яти років. Серед решти учасників відповідна частка становила 24,2%.

Вікові відмінності також були значними. Високу впевненість мали 31,7% учасників віком 50–59 років, 24,0% — віком 60–69 років, 7,1% — віком 70–79 років. Серед 32 учасників віком 80 років і старше жоден не поставив оцінку 4 або 5.

Розрив між бажаним і очікуваним є одним із ключових результатів дослідження: люди переважно хочуть залишатися вдома, але не бачать достатньо надійної системи підтримки, яка дозволила б це зробити.

## 6.5. Страх щодо майбутнього догляду

Низька впевненість у майбутньому супроводжувалася значною тривогою щодо того, хто надаватиме допомогу у разі погіршення здоров'я.

Понад половину учасників — 53,3% — це питання турбувало дуже сильно. Ще 32,3% були частково стурбовані. Лише 2,8% повідомили, що така перспектива їх не турбує. Загалом 85,5% мали виражену або часткову тривогу щодо майбутнього догляду.

Під час ФГД учасники пояснювали цю тривогу кількома факторами:

- діти або інші родичі живуть в іншому регіоні чи за кордоном;
- члени сім'ї працюють і не можуть забезпечувати постійний догляд;
- потенційні доглядальники самі є людьми старшого віку або мають проблеми зі здоров'ям;
- сім'ї були розділені через війну та переміщення;
- доступні соціальні послуги не забезпечують достатньої тривалості та інтенсивності допомоги;
- учасники не знають, які альтернативи існують між допомогою родини та переїздом до закладу.

Отже, тривога пов'язана не лише з можливим погіршенням здоров'я, а з відсутністю передбачуваної траєкторії підтримки. Люди не впевнені, куди звертатися, чи буде послуга доступною, хто її оплачуватиме і чи зможуть вони залишитися у своєму житті.

## 6.6. Економічна спроможність як складова незалежності

Для учасників незалежність включала можливість самостійно покривати основні витрати та розпоряджатися власними коштами. Це не обов'язково означало повну відсутність соціальних виплат або гуманітарної допомоги. Йшлося про передбачуваність доходу та можливість планувати витрати на житло, харчування, ліки, транспорт і комунальні послуги.

Учасники, особливо ВПО та люди віком 50–65 років, наголошували, що залежність від однієї виплати, одного благодійного фонду або короткострокової програми не дає змоги планувати життя. Для частини людей продовження роботи або доступ до відповідної віку зайнятості було не лише джерелом доходу, а й способом зберегти суспільну роль та почуття власної корисності.

*«Не бути прив'язаною до однієї виплати чи волонтера. Незалежність — коли є кілька опор, а не одна випадкова» [Учасниця жіночої ФГД, Харківська область].*

Економічна незалежність особливо тісно пов'язана з житлом. Для ВПО можливість самостійно сплачувати оренду або мати довгострокову житлову підтримку означає захищеність від повторного переміщення. Для власників пошкодженого житла критичними є фінансування ремонту та практична допомога з його виконанням.

## 6.7. Мобільність, інформація та безпека як умови реалізації вибору

Учасники розглядали незалежність як можливість не лише залишатися вдома, а й виходити з нього, користуватися послугами та брати участь у житті громади. Тому мобільність, доступний транспорт і безбар'єрний маршрут є умовами фактичної реалізації права вибору.

За результатами опитування, 41,0% учасників зазначили, що пересуватися за межами житла їм іноді складно. Ще 8,3% вважали це дуже складним, а 1,5% — практично неможливим. Отже, для половини вибірки пересування поза житлом супроводжувалося труднощами різного рівня.

Незалежність також передбачає доступ до зрозумілої інформації. Люди з порушеннями зору, слуху, мовлення або пам'яті наголошували на необхідності інформації у декількох форматах, можливості

отримати письмове пояснення, поспілкуватися з живим оператором або звернутися особисто без обов'язкової електронної реєстрації.

Безпекова ситуація надзвичайно сильно впливала на сприйняття незалежності. Оцінки 4–5 із п'яти щодо впливу безпеки на можливість жити незалежно дали 81,0% опитаних. Середня оцінка становила 4,28 бала.

*«Я не можу спуститися в укриття. Моя незалежність зараз залежить від доступної кімнати безпеки або допомоги з евакуацією, а не від сили характеру».* [Учасниця жіночої ФГД, Харківська область].

В умовах війни незалежність включає можливість мати запас ліків, заряджений телефон, доступ до резервного живлення, контакт людини, яка може допомогти, та реалістичний план евакуації. Стандартна рекомендація пройти до укриття не є реалізованою, якщо людина не може подолати сходи або скористатися транспортом.

## **6.8. Соціальні зв'язки, участь і відчуття власної значущості**

Незалежне проживання не означає соціальної ізоляції. Учасники наголошували на важливості мати людину, до якої можна звернутися, підтримувати зв'язок із родичами, сусідами та друзями, брати участь у житті громади та бути не лише отримувачами допомоги.

Більшість опитаних підтримували регулярне спілкування: 52,5% контактували з родичами або друзями щодня, а 23,5% — декілька разів на тиждень. Водночас 11,0% спілкувалися рідше ніж раз на тиждень, а 1,0% — ніколи.

Людину, до якої можна звернутися по допомогу, мали 85,3% учасників. Проте 59 осіб, або 14,8%, не мали такої підтримки. Для людей, які проживають самі, мають функціональні труднощі або перебувають у небезпечних районах, відсутність екстреного контакту створює особливо високий ризик.

Часто або постійно самотніми почувалися 24,3% опитаних, ще 35,5% — іноді. Отже, майже шість із десяти учасників щонайменше періодично переживали самотність.

При цьому участь у громадському житті була низькою: протягом останніх шести місяців у громадських заходах брали участь лише 21,0% опитаних. Високий рівень відчуття належності до громади — оцінки 4–5 — мали 37,3%, тоді як 25,3% дали низькі оцінки 1–2.

Під час ФГД люди старшого віку наголошували, що хочуть не лише отримувати допомогу, а й передавати досвід, організовувати сусідські ініціативи, працювати, навчати інших і брати участь у плануванні місцевих програм. Можливість бути корисними та впливати на рішення є важливою частиною незалежності й гідності.

## **6.9. Задоволеність життям як інтегральне відображення ситуації**

Середня оцінка задоволеності життям становила 3,0 бала з п'яти. Низькі оцінки 1–2 дали 31,5% учасників, середню оцінку 3 — 43,0%, а високі оцінки 4–5 — 25,5%.

Цей результат відображає переважно нестійкий, а не однозначно негативний стан. Значна частина людей продовжує підтримувати родинні й сусідські зв'язки, отримувати окремі послуги та пристосовуватися до обставин. Водночас поєднання безпекових ризиків, фінансової нестабільності, погіршення здоров'я та невпевненості щодо майбутнього не дозволяє більшості високо оцінювати власне життя.

## **6.10. Основні висновки розділу**

У сприйнятті людей старшого віку незалежне проживання має вісім взаємопов'язаних складових:

1. право самостійно ухвалювати рішення;
2. можливість обрати місце і форму проживання;
3. приватний та стабільний житловий простір;
4. підтримка, яка допомагає, але не підмінює волю людини;
5. достатній і передбачуваний дохід;
6. фізична мобільність і доступна інформація;

7. безпека та план дій у надзвичайних ситуаціях;
8. соціальні зв'язки, участь і можливість бути корисною для інших.

Ключовим є розрив між прагненням і прогнозом. Більшість учасників хоче залишатися вдома або в іншій формі проживання у громаді, проте 63,0% мають низьку впевненість, що зможуть продовжувати жити самостійно протягом наступних п'яти років, а 85,5% турбує питання майбутнього догляду.

Отже, політика незалежного проживання має бути спрямована не на вимогу до людини справлятися самостійно, а на створення передбачуваної системи підтримки, завдяки якій вона зберігає вибір, контроль, зв'язки з громадою та гідність навіть за значних потреб у догляді.

## 7. Основні потреби людей старшого віку для самостійного життя

### 7.1. Загальна структура потреб

Результати дослідження показують, що здатність людей старшого віку жити незалежно визначається не однією окремою послугою, а поєднанням економічної стабільності, доступної медицини, підтримки вдома, безпечного житла, мобільності та соціальних зв'язків.

Під час кількісного опитування учасники могли обрати декілька актуальних потреб. Найчастіше вони зазначали:

| Потреба                  | Кількість | Частка вибірки |
|--------------------------|-----------|----------------|
| Фінансова підтримка      | 365       | 91,3%          |
| Медичні послуги          | 265       | 66,3%          |
| Ліки                     | 234       | 58,5%          |
| Психологічна підтримка   | 160       | 40,0%          |
| Соціальне спілкування    | 118       | 29,5%          |
| Транспорт                | 111       | 27,8%          |
| Реабілітація             | 87        | 21,8%          |
| Допоміжні засоби         | 52        | 13,0%          |
| Догляд удома             | 40        | 10,0%          |
| Допомога по господарству | 36        | 9,0%           |
| Адаптація житла          | 20        | 5,0%           |

Найвищі показники стосувалися фінансової підтримки, медичних послуг і ліків. Водночас нижча частота вибору догляду вдома, допоміжних засобів або адаптації житла не означає, що ці потреби є незначними. Вони концентруються серед менших, але особливо вразливих груп — людей 80+, людей із вираженими функціональними труднощами та тих, хто проживає самостійно.

Порівняння різних запитань анкети також показує наявність прихованих або недостатньо усвідомлених потреб. Наприклад, адаптацію житла серед трьох найбільш актуальних потреб назвали лише 5,0% опитаних, але у відповідь на пряме запитання про необхідність адаптації

житла ствердно відповіли 21,5%. Аналогічно догляд удома як актуальну потребу обрали 10,0%, але як умову довшого проживання вдома — 24,8%.

Отже, для оцінювання потреб недостатньо запитувати лише про загальні пріоритети. Необхідне функціональне оцінювання, огляд житлових умов і обговорення конкретних повсякденних дій.

## 7.2. Фінансова стабільність

Фінансова підтримка була найбільш поширеною потребою — її назвали 91,3% учасників. У відповідь на запитання про підтримку, яка допомогла б довше залишатися у власному домі, 78,5% також обрали грошову допомогу.

Відкриті відповіді та ФГД показують, що фінансова нестабільність проявляється через неможливість одночасно покривати витрати на харчування, ліки, комунальні послуги, транспорт і ремонт житла. Пенсія або соціальні виплати часто забезпечують лише базове виживання, але не дозволяють фінансувати реабілітацію, слухові апарати, окуляри, допоміжні засоби, платний супровід або адаптацію житла.

*«Ліки. Не просто рецепт, а гроші на повний курс і можливість дістатися до аптеки. Люди ділять таблетки навпіл, хоча лікар так не призначав». [Учасниця жіночої ФГД, Дніпропетровська область].*

Економічна потреба не зводиться до збільшення розміру виплат. Учасники називали також:

- компенсацію витрат на ліки та медичні вироби;
- субсидії на комунальні послуги;
- фінансування дрібного ремонту й адаптації житла;
- довгострокову орендну підтримку для ВПО;
- доступ до посиленої оплачуваної роботи для людей віком 50–65 років;
- безоплатний або пільговий транспорт;
- прозорі та стабільні правила призначення виплат.

Особливо гострою економічна нестабільність є для ВПО, які мають оплачувати оренду, та для людей із хронічними захворюваннями, значна частина доходу яких витрачається на лікування.

## 7.3. Медичні послуги та забезпечення ліками

Медичні послуги були актуальною потребою для 66,3% учасників, а ліки — для 58,5%. Домашню медичну допомогу як умову довшого проживання вдома назвали 47,8%.

Протягом останніх 12 місяців по медичну допомогу зверталися 347 осіб, або 86,8% вибірки. Серед них 305 осіб переважно або завжди отримували необхідну допомогу. Водночас 42 учасники отримували її лише іноді або рідко.

Загалом 23,5% опитаних зазначили, що отримати медичну допомогу їм складно або дуже складно. Найбільш поширеними перешкодами були:

- безпекова ситуація — 57,0%;
- черги або тривале очікування — 54,5%;
- висока вартість послуг чи ліків — 49,0%;
- відсутність транспорту — 28,0%;
- віддаленість медичного закладу — 24,0%;
- брак інформації — 20,3%;
- відсутність потрібних спеціалістів — 17,5%;
- фізична недоступність закладу — 8,3%.

Наявність формального доступу до сімейного лікаря не усуває інших ланок проблеми. Людині необхідно отримати направлення, записатися до профільного спеціаліста, дістатися до закладу, пройти обстеження, придбати ліки й повторно звернутися для контролю стану.

Для людей із функціональними труднощами цей шлях є суттєво складнішим. Серед учасників, які перетнули поріг Вашингтонської групи:

- 65,8% назвали бар'єром безпекову ситуацію;

- 50,5% — високу вартість послуг або ліків;
- 43,2% — відсутність потрібних спеціалістів;
- 31,5% — відсутність транспорту;
- 30,6% — віддаленість медичного закладу;
- 22,5% — фізичну недоступність закладу.

Серед учасників без значних функціональних труднощів фізичну недоступність назвали лише 2,8%, а відсутність спеціалістів — 7,6%. Це показує, що одна й та сама система медичних послуг створює непропорційно більші труднощі для людей з інвалідністю.

Пріоритетними медичними потребами є:

- домашні візити сімейного лікаря та медичної сестри;
- мобільні медичні бригади;
- доступ до профільних спеціалістів;
- безперервне забезпечення ліками;
- аналізи та базова діагностика вдома;
- координація медичної, реабілітаційної та соціальної допомоги;
- транспорт, узгоджений із часом медичного прийому;
- доступна інформація про лікування і приймання ліків.

## 7.4. Допомога у повсякденному житті та догляд удома

Регулярної допомоги у повсякденному житті потребували 143 учасники, або 35,8%. Інше запитання, яке охоплювало як регулярну, так і періодичну допомогу, показало, що 78 осіб потребували її регулярно, а 167 — іноді. Отже, щонайменше 245 учасників, або 61,3%, мали певну потребу в допомозі інших осіб.

Найчастіше учасники потребували допомоги з:

| Вид допомоги                              | Частка вибірки |
|-------------------------------------------|----------------|
| Фінансовими питаннями та оплатою рахунків | 50,3%          |
| Супроводом до лікаря                      | 39,5%          |
| Приготуванням їжі                         | 31,5%          |
| Покупками                                 | 28,3%          |
| Прибиранням житла                         | 26,3%          |
| Емоційною підтримкою                      | 23,8%          |
| Прийманням ліків                          | 22,5%          |
| Особистою гігієною                        | 15,8%          |
| Одяганням                                 | 6,5%           |

Серед 245 учасників, які потребували допомоги хоча б іноді, 160 осіб вважали наявну допомогу повністю або переважно достатньою. Для 71 особи вона була лише частково достатньою, а для 14 — недостатньою. Отже, 34,7% людей, які потребують допомоги, не отримують її в обсязі, що повністю або переважно відповідає їхнім потребам.

Основного доглядальника мали 114 учасників, або 28,5%. Найчастіше таким доглядальником був соціальний працівник, чоловік або дружина, син, донька чи інший родич. Найманого доглядальника мали лише вісім учасників.

«Мені поки не потрібен постійний догляд. Потрібна допомога двічі на тиждень: покупки, прибирання, супровід. Якби це було, я довше залишалася б удома». [Учасниця жіночої ФГД, Дніпропетровська область].

Ця позиція відображає основний запит: не цілодобовий контроль, а гнучка допомога з конкретними діями, які людина вже не може безпечно виконувати. Для багатьох декілька годин підтримки на тиждень можуть відтермінувати або повністю запобігти переїзду до закладу.

## 7.5. Розрив у доступності домашньої підтримки

Попри значну потребу, догляд удома залишається недостатньо представленим у структурі отримуваних соціальних послуг. Соціальні послуги загалом отримували 70,3% учасників, проте найчастіше вони називали соціальний супровід, гуманітарну або психосоціальну допомогу. Формальну послугу догляду вдома у відповідному переліку обрали лише 1,5%.

Водночас в іншому блоці анкети 81 учасник назвав соціального працівника особою, яка зазвичай допомагає у повсякденному житті, а 146 учасників зазначили соціального працівника серед надавачів допомоги. Це може свідчити, що учасники не завжди розрізняють догляд удома, соціальний супровід та інші форми допомоги. Проте навіть із урахуванням різного розуміння термінів результати вказують на відсутність чіткої, зрозумілої та достатньо інтенсивної системи домашньої підтримки.

Як умови довшого проживання вдома учасники називали:

- грошову підтримку — 78,5%;
- домашню медичну допомогу — 47,8%;
- психологічну підтримку — 29,0%;
- догляд удома — 24,8%;
- соціальні активності — 22,5%;
- транспортні послуги — 21,3%;
- денний догляд — 13,0%;
- реабілітацію — 10,5%;
- адаптацію житла — 8,3%;
- допоміжні засоби — 5,3%.

Для людей, які перетнули поріг WGSS, структура необхідної підтримки була іншою. Догляд удома обрали 53,2% цієї групи, домашню медичну допомогу — 54,1%, денний догляд — 27,0%, адаптацію житла — 15,3%. Це підтверджує необхідність диференціювати універсальну підтримку для всіх людей старшого віку та інтенсивні послуги для осіб зі значними функціональними труднощами.

## 7.6. Реабілітація та підтримання функціональних можливостей

Реабілітацію серед актуальних потреб назвали 21,8% учасників. Серед людей, які перетнули функціональний поріг WGSS, цей показник становив 33,3%, порівняно із 17,3% серед решти вибірки.

Особливо високою потреба в реабілітації була серед людей, які проживають самі: 30,4% проти 13,6% серед тих, хто живе з іншими людьми. Це свідчить, що реабілітація є не лише медичною послугою, а засобом збереження здатності самостійно виконувати повсякденні дії.

Водночас лише 6,3% учасників віком 80+ назвали реабілітацію актуальною потребою, хоча 56,3% цієї вікової групи мали значні функціональні труднощі. Такий розрив може свідчити про низьку поінформованість, обмежений попередній досвід отримання реабілітаційних послуг або сприйняття погіршення функцій як неминучої частини старіння.

Потрібна модель реабілітації, яка:

- надається не лише після госпіталізації або травми;
- спрямована на підтримання наявних функцій;
- може проводитися вдома або поблизу місця проживання;
- включає навчання користуванню допоміжними засобами;
- поєднується з адаптацією житла;
- передбачає повторне оцінювання і коригування плану.

## 7.7. Допоміжні засоби та адаптація житла

Допоміжні засоби як одну з найбільш актуальних потреб назвали 13,0% вибірки. Серед людей із показником WGSS ця частка становила 32,4%, тоді як серед решти — 5,5%. Серед людей, які проживають самі, потребу назвали 20,1%, а серед тих, хто проживає з іншими, — 6,3%.

Як показано в попередньому розділі, 19,0% усієї вибірки мали частково або повністю незадоволену потребу в допоміжних засобах. Проблемою є не лише отримання засобу, а й його відповідність потребам, налаштування, ремонт, заміна батарейок чи інших витратних матеріалів.

*«Не лише видати протез чи ходунок, а налаштувати, навчити, ремонтувати. Без сервісу засіб швидко стає меблями». [Учасник ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Дніпропетровська область].*

Адаптації житла за прямою оцінкою потребували 21,5% учасників, а серед людей із функціональними обмеженнями — 43,2%. Найчастіше під час ФГД згадували поручні, усунення порогів, пристосування ванної кімнати, покращення освітлення, неслизьке покриття, доступний вхід і ремонт ліфтів.

Учасники також наголошували, що надання матеріалів без монтажу не вирішує проблему: людина старшого віку може фізично не мати змоги встановити поручень, відремонтувати дах або замінити пошкоджене вікно.

## 7.8. Транспорт і супровід

Транспорт назвали актуальною потребою 27,8% учасників, а транспортні послуги як умову довшого проживання вдома — 21,3%. Ще більш показовою є потреба у супроводі до лікаря, яку зазначили 39,5%.

Потреба полягає не лише в наявності транспортного засобу. Для людини з обмеженою мобільністю необхідний повний доступний маршрут:

1. допомога вийти з квартири або будинку;
2. подолання сходів чи нерівного двору;
3. посадка в транспорт;
4. прибуття до доступного закладу охорони здоров'я, реабілітації, соціального захисту чи іншого місця отримання необхідної послуги;
5. супровід усередині закладу;
6. повернення додому.

*«Потрібне соціальне таксі, яке реально приїжджає і допомагає спуститися. Просто автомобіль біля під'їзду не розв'язує проблему четвертого поверху». [Учасниця жіночої ФГД, Дніпропетровська область].*

Транспорт має бути узгоджений із графіком медичного прийому, реабілітації та соціальних послуг. Інакше навіть формально доступний автомобіль не забезпечує фактичного доступу до послуги.

## 7.9. Психологічна підтримка та соціальне спілкування

Психологічну підтримку назвали актуальною 40,0% учасників, а соціальне спілкування — 29,5%. Для людей, які проживають самі, ці показники були вищими: 46,9% потребували психологічної підтримки, а 33,0% — соціального спілкування.

Серед людей віком 80+ психологічну підтримку назвали 50,0%, соціальне спілкування — 37,5%. Водночас саме ця група має найнижчу впевненість у можливості продовжувати самостійне життя.

ФГД показали, що поняття психологічної підтримки не завжди сприймається позитивно через стигму або уявлення, що психологічна допомога призначена лише для людей із тяжкими

розладами. Більш прийнятними можуть бути групи спілкування, денні центри, клуби, спільні заняття, регулярні телефонні контакти та домашні візити, через які за потреби можна запропонувати професійну допомогу.

Учасники називали такі проблеми:

- тривогу через обстріли та повторне переміщення;
- втрату дому й звичного соціального середовища;
- смерть або виїзд близьких;
- виснаження родинних доглядальників;
- самотність;
- порушення сну;
- страх погіршення здоров'я;
- відчуття непотрібності після втрати роботи або соціальної ролі.

Психологічна і соціальна підтримка мають бути частиною системи незалежного проживання, а не окремим додатковим компонентом.

## 7.10. Інформаційна та правова підтримка

Хоча інформаційні й правові послуги не були винесені в окрему відповідь у переліку основних потреб, вони систематично з'являлися у відкритих відповідях та під час ФГД.

Найчастіше учасники потребували допомоги з:

- оформленням або відновленням документів;
- призначенням пенсій, виплат і субсидій;
- статусом ВПО;
- договорами оренди;
- компенсацією за пошкоджене або знищене житло;
- отриманням допоміжних засобів;
- записом до лікаря та електронними направленнями;
- оплатою рахунків;
- захистом від шахрайства;
- оскарженням рішень органів влади.

Для ВПО особливо складною є необхідність повторно пояснювати свою ситуацію різним установам і збирати окремі пакети документів для кожної програми. Учасники пропонували запровадити кейс-менеджмент, за якого одна відповідальна особа допомагає пройти весь маршрут отримання послуг.

Інформація має надаватися через декілька каналів: телефоном, особисто, у друкованій формі, через соціального працівника, медичний заклад, місце проживання або громадську організацію. Повністю цифрова модель не відповідає потребам значної частини людей старшого віку.

## 7.11. Відмінності потреб між основними підгрупами

Потреби людей старшого віку не є однорідними.

### **Люди з функціональними обмеженнями**

Порівняно з іншими учасниками вони значно частіше потребували:

- медичних послуг — 83,8% проти 59,5%;
- реабілітації — 33,3% проти 17,3%;
- допоміжних засобів — 32,4% проти 5,5%;
- догляду вдома — 16,2% проти 7,6%;
- допомоги по господарству — 16,2% проти 6,2%.

Серед конкретних повсякденних дій 67,6% потребували допомоги з приготуванням їжі, 61,3% — супроводу до лікаря, 55,9% — допомоги з покупками та прибиранням, 40,5% — з особистою гігієною.

### **Люди віком 80+**

Для цієї групи особливо важливими були фінансова підтримка — 93,8%, медичні послуги — 68,8%, психологічна підтримка — 50,0%, соціальне спілкування — 37,5% та догляд удома — 31,3%.

Потреба в догляді вдома серед учасників 80+ була майже вдвічі вищою, ніж серед людей віком 70–79 років, і майже у п'ять разів вищою, ніж серед групи 60–69 років.

### **Люди, які проживають самі**

Вони частіше за інших називали:

- медичні послуги — 71,1%;
- психологічну підтримку — 46,9%;
- соціальне спілкування — 33,0%;
- реабілітацію — 30,4%;
- допоміжні засоби — 20,1%;
- догляд удома — 11,3%.

Для цієї групи особливе значення має регулярний контакт, який дозволяє вчасно виявити погіршення здоров'я або кризову ситуацію.

### **Внутрішньо переміщені люди старшого віку**

За результатами ФГД їхні специфічні потреби включають:

- довгострокове і доступне житло;
- захист від повторного переміщення;
- приватний житловий простір;
- відновлення документів і медичної історії;
- безперервність виплат і медичного лікування;
- юридичний супровід;
- можливість працювати;
- інтеграцію в приймаючу громаду;
- підтримку переживання втрати дому;
- доступ до домашніх послуг незалежно від форми проживання.

### **Регіональні відмінності**

У Дніпропетровській області частіше називали фінансову підтримку — 96,0% проти 86,5% у Харківській — та ліки: 64,0% проти 53,0%.

У Харківській області частіше повідомляли про потребу в реабілітації — 25,5% проти 18,0% — і допоміжних засобах: 19,0% проти 7,0%. Ця різниця узгоджується з вищою часткою учасників із вираженими функціональними труднощами у харківській частині вибірки.

## **7.12. Основні висновки розділу**

Основні потреби людей старшого віку формують взаємопов'язану систему. Фінансова підтримка без доступної медицини не гарантує лікування; допоміжний засіб без доступного житла і транспорту не забезпечує мобільності; догляд удома без медичної підтримки не відповідає комплексним потребам; наявність послуг без доступної інформації не гарантує їх використання.

Дослідження виявило п'ять найбільш критичних прогалин:

1. недостатня економічна спроможність покривати базові витрати;
2. складний і фрагментований доступ до медицини та ліків;
3. нестача гнучкої домашньої і повсякденної підтримки;

4. недостатня доступність реабілітації, допоміжних засобів і адаптації житла;
5. відсутність інтегрованого супроводу, який поєднує соціальні, медичні, транспортні, інформаційні та правові послуги.

Для збереження незалежного проживання послуги мають надаватися до моменту виникнення повної залежності. Пріоритетом має бути раннє виявлення потреб та формування індивідуального плану підтримки, який враховує функціональний стан, житлові умови, наявність неформального доглядальника, безпекову ситуацію і власний вибір людини.

## 8. Бар'єри, нерівності та ризики втрати незалежного проживання

### 8.1. Накопичувальний характер бар'єрів

Результати дослідження показують, що втрата здатності жити незалежно рідко є наслідком одного фактора. Найчастіше вона відбувається через одночасне накопичення економічних, медичних, функціональних, інфраструктурних, безпекових і соціальних перешкод.

Серед факторів, які найбільше обмежують незалежність, учасники назвали:

| Бар'єр                             | Кількість | Частка вибірки |
|------------------------------------|-----------|----------------|
| Безпекова ситуація                 | 316       | 79,0%          |
| Нестача коштів                     | 311       | 77,8%          |
| Поганий стан здоров'я              | 222       | 55,5%          |
| Відсутність транспорту             | 120       | 30,0%          |
| Самотність                         | 62        | 15,5%          |
| Інвалідність                       | 57        | 14,3%          |
| Відсутність соціальної підтримки   | 34        | 8,5%           |
| Брак догляду                       | 28        | 7,0%           |
| Недоступність будівель             | 28        | 7,0%           |
| Відсутність інформації про послуги | 20        | 5,0%           |

У середньому один учасник називав три бар'єри. Дві третини опитаних — 66,8% — одночасно мали щонайменше три перешкоди, а 30,0% — чотири або більше.

Серед людей, які перетнули функціональний поріг Вашингтонської групи, чотири або більше бар'єрів мали 51,4%, порівняно з 21,8% серед решти учасників. Серед людей, які проживають самі, відповідна частка становила 41,8%, тоді як серед тих, хто живе з іншими, — 18,9%.

Отже, ризик втрати незалежності визначається не лише тяжкістю окремого порушення, а кількістю перешкод, які людина повинна долати одночасно.

## 8.2. Економічні бар'єри

Нестача коштів була другим за поширеністю бар'єром після безпекової ситуації — її назвали 77,8% учасників. Економічна нестабільність обмежує можливість оплачувати ліки, харчування, транспорт, комунальні послуги, реабілітацію, догляд та ремонт житла.

Під час ФГД учасники описували постійний вибір між декількома необхідними витратами. Сплата комунальних послуг та придбання ліків часто відбуваються за рахунок якості харчування, соціального життя або відкладення необхідного ремонту.

*«Пенсія не встигає за цінами. Спочатку комунальні, потім ліки, а харчування вже з того, що залишилося». [Учасниця жіночої ФГД, Дніпропетровська область].*

Для людей з інвалідністю фактичні витрати є вищими через необхідність придбавати або ремонтувати допоміжні засоби, користуватися спеціальним транспортом, оплачувати супровід і додаткові медичні послуги. Ці витрати не завжди враховуються при визначенні розміру соціальної підтримки.

Для ВПО до базових витрат додається оренда житла. Нестабільність виплат і короткострокові програми допомоги не дають змоги планувати майбутнє. Люди віком 50–65 років, які могли б продовжувати працювати, стикаються з поєднанням вікової дискримінації, стану здоров'я та упередженого ставлення до статусу ВПО.

Серед жінок нестачу коштів назвали 80,0%, серед чоловіків — 72,5%. Це може відображати нижчі пенсійні доходи жінок, більшу тривалість життя, вищу ймовірність проживання без партнера та неоплачуваний догляд за іншими членами сім'ї.

## 8.3. Стан здоров'я та функціональні обмеження

Поганий стан здоров'я обмежував незалежність 55,5% опитаних. Однак серед людей, які перетнули поріг WGSS, цей показник сягав 85,6%, а серед тих, хто потребував допомоги хоча б з однією базовою повсякденною дією, — 86,4%.

Інвалідність як окремий бар'єр назвали 14,3% усієї вибірки, але серед людей із показником WGSS — 36,0%. Водночас результати ФГД показують, що учасники часто сприймають основною перешкодою не саму інвалідність, а недоступність середовища, транспорту, інформації та послуг.

Наприклад, людина може самостійно організовувати своє життя, приймати рішення та виконувати більшість повсякденних дій, але не мати можливості залишити будинок через одну сходинку, високий бордюр або відсутність працюючого ліфта.

*«Фізичний бар'єр — весь маршрут. Один бордюр або сходинка перекреслює доступність решти». [Учасник ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Харківська область].*

Проблема посилюється відсутністю регулярної реабілітації. Після загострення хронічного захворювання, падіння, інсульту або тривалої малорухливості людина може швидко втрачати функції, які за належної підтримки можна було б зберегти або частково відновити.

## 8.4. Недоступність фізичного середовища та транспорту

Відсутність транспорту як один із головних бар'єрів назвали 30,0% учасників. Водночас ширше запитання про мобільність показало, що 50,8% опитаних щонайменше іноді складно пересуватися за межами свого житла. Для 8,3% це було дуже складно, а для 1,5% — практично неможливо.

Серед людей із показником WGSS 85,6% мали труднощі з пересуванням за межами житла:

- 54,1% зазначили, що це іноді складно;
- 27,9% — дуже складно;
- 3,6% — практично неможливо.

Серед людей віком 80+ 81,3% мали труднощі з виходом за межі житла, а для половини цієї групи пересування було дуже складним або практично неможливим.

Водночас лише 6,3% учасників 80+ назвали транспорт серед основних бар'єрів. Це може свідчити не про відсутність проблеми, а про відмову від пересування: людина, яка майже не залишає житло, може вже не сприймати транспорт як доступну опцію.

Недоступність будівель серед основних бар'єрів назвали лише 7,0% усієї вибірки. Проте серед людей із показником WGSS цей показник становив 19,8%, а серед людей, які потребують допомоги з базовими діями, — 20,0%.

За п'ятибальною оцінкою доступності громадських будівель і послуг низькі оцінки 1–2 дали 15,0% усіх учасників. Серед людей із показником WGSS таких було 40,5%, порівняно з 5,2% серед решти. Високо оцінили доступність 82,0% учасників без значних функціональних труднощів, але лише 34,2% людей із показником WGSS.

Це свідчить про принципово різний досвід користування однією і тією самою інфраструктурою. Те, що є доступним для людини без функціональних обмежень, може бути повністю недоступним для користувача крісла колісного, ходунків або людини з порушенням зору.

Транспортний бар'єр також поєднує інші проблеми: без транспорту людина втрачає доступ до медицини, соціальної служби, банку, адміністративних послуг, гуманітарної допомоги та громадського життя.

## 8.5. Безпекова ситуація та недоступність захисту

Безпекова ситуація була найбільш поширеним бар'єром — її назвали 79,0% опитаних. Окреме оцінювання показало, що 81,0% учасників поставили вплив безпекової ситуації на незалежне життя оцінку 4 або 5 із п'яти. Середня оцінка становила 4,28 бала.

Вплив був високим в обох областях: оцінки 4–5 дали 82,0% учасників у Дніпропетровській і 80,0% у Харківській області. Серед людей віком 80+ цей показник досягав 87,5%.

Війна створює як прямі, так і непрямі перешкоди:

- пошкодження житла та інфраструктури;
- зміна маршрутів громадського транспорту;
- переміщення медичних закладів;
- скорочення або перевантаження персоналу;
- перебої з електроенергією, водою та зв'язком;
- недоступність укриттів;
- відсутність індивідуальних планів евакуації;
- розрив сімейних і сусідських мереж підтримки;
- загострення хронічних захворювань і психологічне виснаження.

Для людей із порушеннями мобільності стандартні рекомендації щодо безпеки часто неможливо виконати. Укриття можуть бути розташовані далеко, мати сходи або недоступні санітарні приміщення. Під час відключень ліфти не працюють, а люди, які залежать від електричного медичного обладнання, потребують резервного живлення.

«Найгірше поєднання — недоступне укриття і несправний ліфт. Під час тривоги я залишаюся в квартирі й знаю, що план евакуації мене не враховує». [Учасниця ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Дніпропетровська область].

Безпекове планування, яке не враховує функціональний стан людини, фактично перекладає відповідальність за виживання на саму людину та її родину.

## 8.6. Недостатність догляду та виснаження неформальних доглядальників

Брак догляду серед основних бар'єрів назвали 7,0% вибірки. Однак серед людей, які потребують допомоги з базовими повсякденними діями, цей показник становив 16,4%. Серед людей із показником WGSS — 12,6%.

Порівняно невисока загальна частота приховує концентрацію проблеми серед людей із найбільш інтенсивними потребами. Крім того, частина учасників може не визначати допомогу родичів як «догляд» або сприймати її як сімейний обов'язок.

ФГД показали, що неформальні доглядальники нерідко самі є людьми старшого віку, мають хронічні захворювання та не отримують навчання або послуг перепочинку. Унаслідок цього потреби однієї людини можуть призвести до втрати незалежності двома членами сім'ї — отримувачем допомоги та доглядальником.

Додатковими бар'єрами є:

- відсутність заміни доглядальника;
- неможливість залишити людину навіть на декілька годин;
- нестача засобів гігієни та обладнання;
- відсутність навчання безпечному переміщенню людини;
- психологічне виснаження;
- втрата доходу через необхідність постійного догляду;
- відсутність кризової підтримки у разі хвороби доглядальника.

Політика, яка покладає основну відповідальність на сім'ю, не усуває потребу в послугах, а переносить її на неоплачувану працю родичів, найчастіше жінок.

## 8.7. Інформаційні та цифрові бар'єри

Відсутність інформації про послуги назвали основним бар'єром лише 5,0% учасників. Проте у відкритих відповідях і ФГД інформаційні труднощі були наскрізною темою.

Для людей старшого віку бар'єрами є:

- відсутність єдиного джерела актуальної інформації;
- часта зміна правил і критеріїв програм;
- обов'язкова електронна реєстрація;
- складні телефонні меню;
- дрібний шрифт;
- голосові повідомлення без текстової версії;
- відео без субтитрів;
- складна адміністративна мова;
- ризик цифрового шахрайства;
- відсутність можливості отримати консультацію особисто або телефоном.

Серед чоловіків відсутність інформації назвали 9,2%, серед жінок — 3,2%. ФГД свідчать, що частина чоловіків рідше звертається по допомогу і може довше залишатися поза формальними системами підтримки.

«Інформаційний — усе через додатки. Я можу натиснути не туди й боюся втратити гроші через шахраїв». [Учасник чоловічої ФГД, Дніпропетровська область.]

Цифрові інструменти можуть розширювати доступ, але не повинні ставати єдиним способом отримання інформації або послуги. Необхідно зберігати офлайн- і телефонні канали та забезпечувати допомогу в користуванні цифровими сервісами.

## 8.8. Інституційна фрагментація

Одним із найважливіших якісних висновків є фрагментованість системи підтримки. Медичні, соціальні, житлові, адміністративні й гуманітарні послуги часто функціонують окремо, мають різні критерії доступу та вимагають повторного подання документів.

Учасники ФГД описували такі інституційні бар'єри:

- необхідність звертатися до декількох установ;
- відсутність єдиного оцінювання потреб;
- різні критерії в державних і гуманітарних програмах;
- залежність доступу від реєстрації або місця проживання;
- перекладання відповідальності між адміністрацією місця проживання, громадою та соціальною службою;
- короткостроковість проектної допомоги;
- відсутність супроводу після первинної консультації;

- орієнтація системи на заяву людини, а не на проактивне виявлення;
- відсутність плану переходу від тимчасового розміщення до стабільного житла.

*«Після розміщення відповідальність розмивається: адміністрація каже звертатися в громаду, громада — до соціальної служби, служба — збирати документи».[Учасник ФГД із внутрішньо переміщеними людьми старшого віку, Харківська область].*

Найбільше від фрагментації потерпають люди, які одночасно мають декілька статусів або потреб: люди старшого віку з інвалідністю, ВПО з хронічними захворюваннями, самотні люди та родинні доглядальники.

## 8.9. Самотність, соціальна ізоляція та відсутність підтримки

Самотність серед основних бар'єрів назвали 15,5% учасників, а відсутність соціальної підтримки — 8,5%. Проте серед людей, які проживають самі, самотність як бар'єр зазначили 29,4%, порівняно з 2,4% серед тих, хто проживає з іншими.

Люди, які проживають самі, також частіше називали:

- поганий стан здоров'я — 65,5% проти 46,1%;
- відсутність транспорту — 34,0% проти 26,2%;
- інвалідність — 18,0% проти 10,7%;
- недоступність будівель — 9,8% проти 4,4%;
- брак догляду — 8,8% проти 5,3%.

Відсутність співмешканців не завжди означає відсутність допомоги. Частина людей має дітей, родичів, сусідів або соціального працівника. Проте така підтримка може бути нерегулярною і не спрацьовувати в кризовій ситуації.

Критичним є проактивне виявлення людей, які перестали виходити з дому, не звертаються по допомогу або не мають контактної особи. Система, що реагує лише на заяви, не охоплює найбільш ізольованих людей.

## 8.10. Вікова дискримінація та патерналістське ставлення

Про випадки дискримінації через вік протягом останнього року повідомили 32 учасники, або 8,0%. Ще 14,8% не змогли однозначно відповісти.

Серед тих, хто підтвердив дискримінацію, найчастіше називали медичні заклади, державні установи та громадський транспорт — по 16 осіб у кожній категорії. Соціальні служби назвали 14 осіб. Оскільки можна було обрати декілька місць, сума відповідей перевищує кількість учасників, які повідомили про дискримінацію.

Невисока частка прямих повідомлень не обов'язково означає відсутність ейджизму. Під час ФГД учасники наводили приклади, коли:

- працівники зверталися до родичів замість самої людини;
- старший вік автоматично пов'язували з нездатністю працювати;
- повільніше мовлення сприймали як нездатність розуміти;
- рішення щодо форми догляду пропонували без достатнього обговорення;
- потреби людей старшого віку визначали без їхньої участі;
- отримання допомоги супроводжувалося принизливим або дитячим тоном.

Особливо показовим є результат у групі 80+: жоден учасник прямо не обрав відповідь «так», але 43,8% не змогли відповісти. Це може свідчити про складність розпізнавання дискримінації або нормалізацію патерналістського ставлення.

## 8.11. Специфічні бар'єри для окремих підгруп

**Люди з інвалідністю та значними функціональними труднощами**

Для цієї групи значно поширенішими були:

- поганий стан здоров'я — 85,6%;
- інвалідність як бар'єр — 36,0%;
- відсутність транспорту — 32,4%;
- недоступність будівель — 19,8%;
- відсутність соціальної підтримки — 17,1%;
- брак догляду — 12,6%.

Основною проблемою є розрив доступного маршруту: доступна послуга може залишатися недосяжною через житло, двір, транспорт, вхід до будівлі або недоступну комунікацію.

### **Люди віком 80+**

Серед них 93,8% назвали бар'єром поганий стан здоров'я, 75,0% — безпекову ситуацію, 50,0% — нестачу коштів, 37,5% — інвалідність.

Водночас половині учасників 80+ було дуже складно або практично неможливо пересуватися за межами житла, 43,8% низько оцінили доступність громадських будівель, а жоден не висловив високої впевненості у можливості продовжувати незалежне життя протягом наступних п'яти років.

### **Люди, які проживають самі**

Для них характерне накопичення медичних, транспортних і соціальних бар'єрів. Три або більше перешкоди мали 75,8%, чотири або більше — 41,8%. Особливими ризиками є відсутність допомоги в екстреній ситуації, пізнє виявлення погіршення здоров'я та соціальна ізоляція.

### **Внутрішньо переміщені люди старшого віку**

За результатами ФГД до основних бар'єрів належать:

- нестабільність житла;
- повторні переміщення;
- відсутність приватності у колективних місцях;
- втрата документів і медичної історії;
- залежність послуг від реєстрації;
- складність цифрових процедур;
- припинення або затримки виплат;
- втрата роботи;
- розрив соціальних зв'язків;
- відсутність переходу від тимчасового розміщення до довгострокового рішення.

Поєднання віку, переміщення, інвалідності й відсутності родичів створює ризик того, що людині одразу запропонують інституційне розміщення без перевірки можливостей підтримки у громаді.

### **Гендерні відмінності**

Жінки частіше називали нестачу коштів, транспорт, самотність, брак догляду та недоступність будівель. Якісні дані вказують на додатковий тягар неоплачуваного догляду та вищу ймовірність залишитися без партнера у старшому віці.

Чоловіки частіше називали безпекову ситуацію та відсутність інформації. Під час ФГД чоловіки говорили про небажання звертатися по допомогу, втрату роботи й соціальної ролі, а також про приховану самотність після смерті партнерки.

### **Регіональні відмінності**

У Дніпропетровській області дещо частіше називали безпекову ситуацію, нестачу коштів і самотність. У Харківській області частіше повідомляли про інвалідність, недоступність будівель, брак догляду та відсутність соціальної підтримки.

Недоступність будівель назвали 10,5% учасників у Харківській області проти 3,5% у Дніпропетровській, а брак догляду — 9,5% проти 4,5%. Ці відмінності частково пов'язані з вищою часткою людей із функціональними труднощами у харківській вибірці.

## 8.12. Шлях від накопичення бар'єрів до інституціоналізації

Ризик інституціоналізації виникає не лише тоді, коли людина потребує цілодобового медичного догляду. Часто критичним стає поєднання декількох обставин:

1. погіршення здоров'я або функціональних можливостей;
2. недоступне житло і транспорт;
3. нестача коштів;
4. відсутність регулярної допомоги вдома;
5. виснаження або відсутність родинного доглядальника;
6. кризова подія — падіння, госпіталізація, обстріл, пошкодження житла або евакуація;
7. відсутність швидкої альтернативи у громаді;
8. направлення до закладу як єдиного доступного рішення.

У такій ситуації інституціоналізація є результатом не вільного вибору, а прогалин у системі підтримки. Запобігання їй потребує раннього виявлення ризиків, кризової домашньої допомоги, короткочасного догляду, підтримки родини, адаптації житла та доступних варіантів підтриманого проживання.

## 8.13. Основні висновки розділу

Найбільшими загальними бар'єрами є безпекова ситуація, нестача коштів і погіршення здоров'я. Проте для людей із функціональними труднощами, людей 80+, ВПО та людей, які проживають самі, до них додаються недоступність середовища, транспортні обмеження, дефіцит догляду, інформаційні труднощі та соціальна ізоляція.

Ключовою проблемою є накопичення перешкод. Понад половина людей із показником WGSS і понад дві п'яті людей, які проживають самі, одночасно мають чотири або більше бар'єрів.

Система підтримки залишається переважно реактивною та фрагментованою. Людина повинна самостійно знайти інформацію, звернутися до декількох установ, довести право на допомогу та організувати взаємодію між різними послугами. Для тих, хто має обмежену мобільність, порушення зору, пам'яті або неформального доглядальника, така модель сама стає бар'єром.

Забезпечення права на незалежне проживання потребує переходу від оцінювання окремого статусу до оцінювання сукупної життєвої ситуації, а від розрізнених послуг — до інтегрованого супроводу людини у громаді.

## 9. Чинники, що сприяють незалежному проживанню, та карта систем підтримки

### 9.1. Основні опори незалежного проживання

Результати опитування показують, що незалежність людей старшого віку підтримується поєднанням особистих ресурсів, доходу, родинної та сусідської допомоги, медичних і соціальних послуг, підтримки громадських організацій та допоміжних засобів.

Найчастіше учасники називали такі чинники:

| Чинник підтримки       | Кількість | Частка вибірки |
|------------------------|-----------|----------------|
| Пенсія або інші доходи | 277       | 69,3%          |
| Медичні послуги        | 227       | 56,8%          |
| Підтримка сім'ї        | 219       | 54,8%          |
| Соціальні послуги      | 159       | 39,8%          |

| Чинник підтримки             | Кількість | Частка вибірки |
|------------------------------|-----------|----------------|
| Допомога друзів або сусідів  | 119       | 29,8%          |
| Громадські організації       | 117       | 29,3%          |
| Власна активність та навички | 110       | 27,5%          |
| Релігійна громада            | 65        | 16,3%          |
| Допоміжні засоби             | 63        | 15,8%          |

У середньому учасники називали 3,4 чинника підтримки. Щонайменше три опори мали 84,3% опитаних. Це свідчить, що незалежне проживання переважно забезпечується не одним джерелом допомоги, а комбінацією декількох ресурсів.

Водночас кількість названих опор не завжди означає їх достатність або стабільність. Пенсія може бути регулярною, але недостатньою; родина може допомагати, але жити далеко; сусідська підтримка може бути доступною, але не гарантованою; допомога громадської організації може залежати від тривалості фінансування проєкту.

Стійкість незалежного проживання визначається не лише наявністю підтримки, а її безперервністю, взаємозамінністю та здатністю реагувати на зміну потреб.

## 9.2. Власні ресурси, навички та доходи

Пенсію або інші доходи як чинник незалежності назвали 69,3% учасників. Дохід дозволяє самостійно визначати пріоритети, оплачувати житло, харчування, ліки й транспорт та зменшує залежність від нерегулярної допомоги.

Власну активність і навички назвали 27,5%. Для групи 50–59 років цей показник становив 45,5%, тоді як серед людей із вираженими функціональними труднощами — лише 10,8%.

Зниження ролі власної активності серед людей із показником WGSS не слід трактувати як відсутність здібностей або мотивації. Воно відображає обмеження середовища та дефіцит підтримки. Доступний транспорт, асистент, допоміжний засіб або адаптоване робоче місце можуть повернути людині можливість самостійно організовувати значну частину життя.

ФГД показали, що люди старшого віку хочуть залишатися активними: працювати неповний день, передавати професійний досвід, допомагати сусідам, брати участь у волонтерстві та громадських ініціативах. Така діяльність одночасно підтримує дохід, соціальні зв'язки та відчуття власної значущості.

**ЦИТАТА:** «Я відчула включеність, коли мене попросили допомогти на кухні для сусідів, а не лише прийти за набором». [Учасниця жіночої ФГД, Харківська область].

Програми для людей старшого віку мають розглядати їх не лише як отримувачів допомоги, а як учасників і співтворців системи підтримки.

## 9.3. Підтримка сім'ї

Підтримка сім'ї була однією з трьох основних опор незалежності — її назвали 54,8% учасників. Високо, на 4–5 балів, задоволеність сімейною підтримкою оцінили 61,8%, середню оцінку дали 13,5%, а низькі оцінки 1–2 — 24,8%.

Серед людей, які проживали з іншими, сімейну підтримку як чинник незалежності назвали 88,4%. Серед тих, хто проживав сам, — лише 19,1%.

Коли людина потребувала практичної допомоги хоча б іноді, членів сім'ї серед її надавачів назвали 36,3%, інших родичів — 21,6%. Серед 114 учасників, які мали основного доглядальника, ним найчастіше були соціальний працівник або працівниця, чоловік чи дружина, син, донька або інший родич.

Сім'я забезпечує широкий спектр допомоги:

- фінансову підтримку;

- покупки й доставку ліків;
- приготування їжі;
- супровід до лікаря;
- оформлення документів;
- користування цифровими сервісами;
- особистий догляд;
- емоційну підтримку;
- реагування в надзвичайній ситуації.

Водночас дослідження виявило обмеження сімейної моделі. Родичі можуть жити далеко, працювати, доглядати дітей або самі мати проблеми зі здоров'ям. Війна і переміщення розділили багато родин. Тривалий інтенсивний догляд призводить до виснаження, втрати доходу та погіршення здоров'я доглядальника.

*«Сім'я допомагає, але діти працюють і мають своїх дітей. Політика, яка все покладає на родину, просто переносить проблему на жінок середнього віку». [Учасник чоловічої ФГД, Дніпропетровська область].*

Сімейна допомога має доповнюватися професійними послугами, а не використовуватися як підстава для відмови в них. Родинні доглядальники потребують навчання, консультацій, допоміжного обладнання, психологічної підтримки та послуг перепочинку.

## 9.4. Друзі, сусіди та локальні мережі взаємодопомоги

Допомогу друзів або сусідів як чинник незалежності назвали 29,8% опитаних. Серед людей, які проживають самі, цей показник становив 33,0%.

Серед учасників, які потребували практичної допомоги, сусіда або знайомого назвали її надавачем 18,8%. Для людей, які проживають самі, сусідська допомога була особливо важливою: серед них відповідний варіант обрали 18,6%, порівняно з 4,9% серед тих, хто проживав з іншими.

Сусідські мережі виконують декілька функцій:

- перевіряють стан самотніх людей після обстрілів;
- доставляють воду, продукти й ліки;
- допомагають із дрібним ремонтом;
- повідомляють про доступні послуги;
- підтримують контакт під час відключень;
- викликають екстрені служби;
- створюють відчуття належності до громади.

*«Наш двір має телефонне коло: якщо тривала тривога або зникла вода, молодші сусіди телефонують старшим. Це проста річ, але дає безпеку». [Учасниця жіночої ФГД, Дніпропетровська область].*

Такі мережі є гнучкими й швидкими, але не можуть гарантувати професійний догляд. Сусіди також старіють, виїжджають, працюють або мають власні проблеми. Тому громада може підтримувати сусідські ініціативи через координаторів, контактні списки, навчання першій допомозі, правила безпеки та прямий зв'язок із соціальними й екстреними службами.

Неформальна допомога не повинна включати небезпечні завдання або замінювати роботу кваліфікованих фахівців.

## 9.5. Соціальні послуги та соціальні працівники

Соціальні послуги як чинник збереження незалежності назвали 39,8% учасників. Серед людей із показником WGSS ця частка була вищою — 52,3%, а серед людей, які проживають самі, — 59,8%.

Соціальний працівник був найбільш поширеним надавачем практичної допомоги. Серед 245 учасників, які потребували допомоги хоча б іноді, соціального працівника назвали 146 осіб, або 59,6%. Серед тих, хто потребував регулярної допомоги, соціальний працівник був основним надавачем для 81 із 143 осіб, або 56,6%.

Особливо високою була роль соціальних працівників серед людей, які проживають самі: їх назвали 66,0% цієї групи, порівняно з 8,7% серед тих, хто проживає з іншими.

Загалом високу задоволеність роботою соціальних служб мали 47,3% опитаних, середню — 38,3%, низьку — 14,5%. Проте оцінки суттєво відрізнялися залежно від функціонального стану:

- серед учасників без значних функціональних труднощів високу оцінку дали 50,9%;
- серед людей із показником WGSS — 37,8%;
- низькі оцінки соціальним службам дали відповідно 10,7% і 24,3%.

Соціальні працівники є критичною опорою системи, але їхні можливості обмежуються навантаженням, часом на одного отримувача, переліком дозволених дій і недостатньою координацією з медичними службами.

Під час ФГД учасники наголошували, що короткого візиту недостатньо для людей із комплексними потребами. Потрібна гнучка інтенсивність допомоги: від телефонного контакту і двох годин побутової підтримки на тиждень до щоденних візитів, медичної допомоги та перепочинку для родини.

## 9.6. Медичні послуги

Медичні послуги як опору незалежності назвали 56,8% учасників. Для людей віком 80+ відповідний показник становив 75,0%, а для людей із функціональними труднощами — 61,3%.

Медичні заклади отримали найвищий серед чотирьох оцінених типів підтримки рівень задоволеності: оцінки 4–5 дали 64,8% учасників. Проте серед людей із показником WGSS високу задоволеність мали лише 35,1%, тоді як серед решти — 76,1%.

Низькі оцінки роботі медичних закладів дали 32,4% людей із показником WGSS, але лише 3,5% учасників без значних функціональних труднощів.

Цей розрив означає, що медична система краще працює для людей, які можуть самостійно пересуватися, записуватися на прийом, чекати в черзі та відвідувати різні заклади. Для людей із комплексними функціональними потребами необхідні:

- домашні візити;
- мобільні медичні бригади;
- координація із соціальним працівником;
- транспорт і супровід;
- доступна комунікація;
- управління хронічними захворюваннями;
- реабілітація;
- план безперервності допомоги під час атак і відключень.

*«Коли сімейний лікар або соціальна працівниця самі повідомляють про зміни — це працює. Коли інформацію треба шукати по десяти каналах — багато хто її пропускає». [Учасниця жіночої ФГД, Харківська область].*

## 9.7. Громадські організації та волонтери

Громадські організації як чинник незалежності назвали 29,3% опитаних. Волонтерів серед фактичних надавачів практичної допомоги зазначили 57 із 245 учасників, які потребували допомоги, або 23,3%.

Громадські й гуманітарні організації надають:

- грошову та матеріальну допомогу;
- продукти й засоби гігієни;
- ліки та допоміжні засоби;
- юридичні консультації;
- психосоціальну підтримку;
- соціальні активності;

- домашні візити;
- транспортування;
- дрібні адаптації житла;
- інформацію та перенаправлення.

Сильною стороною громадських організацій є гнучкість і можливість швидко тестувати нові моделі. Вони також можуть охоплювати людей, які не перебувають на обліку соціальних служб, підтримувати групи взаємодопомоги та представляти інтереси людей старшого віку.

Водночас проєктна допомога часто має обмежену тривалість, географію і критерії участі. Припинення програми може залишити людину без підтримки, до якої вона вже пристосувала повсякденне життя.

Тому оптимальною є модель, за якої громадські організації:

- доповнюють гарантовані громадою послуги;
- пілотують нові підходи;
- навчають персонал;
- підтримують проактивне виявлення;
- забезпечують участь людей старшого віку;
- передають успішні моделі до місцевих програм і бюджетів.

## 9.8. Релігійні громади

Релігійну громаду як чинник підтримки назвали 16,3% опитаних. Її роль була дещо вищою серед людей із показником WGSS — 19,8%, а також у Харківській області — 18,0%.

Релігійні громади можуть надавати соціальне спілкування, емоційну і духовну підтримку, продукти, одяг, домашні візити, транспорт або допомогу під час кризових ситуацій. Вони також можуть знати про людей, які не звертаються до формальних служб.

Водночас така підтримка є нерівномірною і залежить від локальних ресурсів. Релігійні організації доцільно включати до місцевих механізмів перенаправлення, не покладаючи на них відповідальність за професійні медичні або соціальні послуги.

## 9.9. Допоміжні засоби та доступне середовище

Допоміжні засоби як чинник незалежності назвали 15,8% учасників. Серед людей із показником WGSS відповідна частка становила 34,2%, а серед людей 80+ — 62,5%.

Значення допоміжного засобу залежить від середовища. Крісло колісне не забезпечує незалежності за наявності сходів, палиця не усуває необхідності ремонту тротуару, а слуховий апарат не допомагає, якщо інформація подається лише в недоступному форматі.

Тому допоміжні засоби мають розглядатися як частина комплексної підтримки, що включає:

- індивідуальний підбір;
- навчання;
- технічне обслуговування;
- ремонт і заміну;
- забезпечення витратними матеріалами;
- адаптацію житла;
- доступний транспорт;
- реабілітацію.

## 9.10. Особливості системи підтримки для окремих підгруп

### *Люди з функціональними труднощами*

Для цієї групи незалежність значно більше залежить від зовнішньої підтримки:

- соціальні послуги назвали 52,3%;
- медичні послуги — 61,3%;
- допоміжні засоби — 34,2%;
- сімейну підтримку — 47,8%;
- власну активність і навички — лише 10,8%.

Водночас саме ця група значно нижче оцінює якість сімейної, громадської, соціальної та медичної підтримки. Це означає, що формальна наявність допомоги не завжди відповідає її інтенсивності, доступності або якості.

### **Люди, які проживають самі**

Серед тих, хто проживає сам, 69,6% мали людину, до якої могли звернутися по допомогу. Водночас 59 осіб, або 30,4% цієї групи, не мали такого контакту. Усі учасники вибірки, які повідомили про відсутність людини для звернення, проживали самі.

Для цієї групи головними опорами були пенсія або інші доходи — 72,2%, медичні послуги — 66,5%, соціальні послуги — 59,8%, сусіди і друзі — 33,0%, громадські організації — 28,9%.

### **Люди віком 80+**

Основними опорами для них були медичні послуги — 75,0%, соціальні послуги — 62,5%, допоміжні засоби — 62,5%, доходи — 56,3% і сім'я — 43,8%.

Така структура показує, що після 80 років незалежність дедалі більше залежить від надійної професійної підтримки, а не лише від власних ресурсів.

### **Внутрішньо переміщені люди**

Для ВПО важливими є не лише послуги, а відновлення нової мережі підтримки після втрати звичного оточення. Значення мають:

- стабільне житло;
- кейс-менеджер;
- місцевий соціальний працівник;
- доступ до сімейного лікаря;
- юридичний супровід;
- групи взаємодопомоги;
- спільні активності місцевих жителів і ВПО;
- можливість працювати або волонтерити.

Підтримка має сприяти включенню до громади, а не закріплювати постійну роль окремої категорії «отримувачів допомоги».

## **9.11. Функціональна карта формальних і неформальних систем підтримки**

| Рівень підтримки | Основні учасники           | Функції                                                          | Сильні сторони                 | Основні прогалини                                       |
|------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Особистий        | Сама людина                | Самообслуговування, ухвалення рішень, управління коштами, участь | Зберігає автономію і гідність  | Залежить від здоров'я, доходу та доступності середовища |
| Сімейний         | Партнер, діти, інші родичі | Догляд, покупки, супровід, фінансова й емоційна підтримка        | Довіра, знання звичок і потреб | Відстань, зайнятість, виснаження, неоплачуваний догляд  |

| Рівень підтримки           | Основні учасники                                                       | Функції                                                         | Сильні сторони                             | Основні прогалини                                                    |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Сусідський                 | Друзі, сусіди, локальні лідери                                         | Екстрений контакт, доставка, дрібна допомога, інформація        | Швидкість і близькість                     | Неформальність, відсутність гарантій, старіння мереж                 |
| Громадський                | Групи взаємодопомоги, клуби, бібліотеки, релігійні громади             | Спілкування, включення, інформація, взаємодопомога              | Запобігає ізоляції                         | Нерівномірна доступність і фізичні бар'єри                           |
| Соціальний                 | Соціальні працівники, територіальні центри, надавачі соціальних послуг | Догляд, супровід, оцінювання потреб, перенаправлення            | Професійність і потенційна регулярність    | Навантаження, вузький перелік дій, фрагментація                      |
| Медичний                   | Сімейні лікарі, медсестри, спеціалісти, реабілітаційні команди         | Лікування, профілактика, управління хронічними станами          | Висока значущість для старших вікових груп | Транспорт, черги, недоступність і слабка домашня ланка               |
| Соціальний захист          | Пенсійна система, виплати, субсидії, місцеві програми                  | Фінансова стабільність і покриття базових витрат                | Регулярність установлених виплат           | Недостатній розмір, складні критерії, неврахування додаткових витрат |
| Громадський і гуманітарний | НУО, благодійні фонди, волонтери                                       | Матеріальна, юридична, психосоціальна допомога, пілотні послуги | Гнучкість і швидкість                      | Проектна тривалість і нерівномірне покриття                          |
| Приватний                  | Наймани доглядальники, приватний транспорт, орендодавці, аптеки        | Догляд та послуги за оплату                                     | Гнучкість                                  | Недоступна вартість, відсутність єдиних стандартів                   |
| Житловий                   | Адміністрації місць проживання, ОСББ, комунальні служби                | Безпека, ремонт, доступність, реагування на аварії              | Безпосередній вплив на умови проживання    | Недостатня адаптація, нечітка відповідальність за мешканців          |

## 9.12. Необхідна модель координації підтримки

Поточна система містить багато окремих елементів, але вони недостатньо пов'язані між собою. Учасник або родинний доглядальник часто самостійно координує лікаря, соціального працівника, транспорт, допоміжні засоби, виплати й гуманітарну допомогу.

*«Окремо лікар, окремо соцслужба, окремо засіб реабілітації, а я координатор без підготовки». [Учасник чоловічої ФГД, Дніпропетровська область].*

Більш ефективною є модель, у якій:

1. потреби людини оцінюються комплексно;
2. разом із нею складається індивідуальний план;
3. визначається відповідальний кейс-менеджер;
4. медичні та соціальні послуги узгоджуються;
5. родинний доглядальник отримує підтримку і перепочинок;
6. сусідські та волонтерські мережі мають контакт із професійними службами;
7. інформація регулярно оновлюється через доступні канали;
8. план переглядається після зміни стану здоров'я, житла або сімейної ситуації.

## 9.13. Основні висновки розділу

Незалежне проживання підтримується поєднанням доходу, сімейної допомоги, медичних і соціальних послуг, сусідських мереж, громадських організацій, власної активності та допоміжних засобів.

Найбільш стійкою є ситуація, коли людина має декілька взаємодоповнювальних опор. Залежність від одного родича, соціального працівника, волонтера або короткострокової програми створює ризик раптової втрати підтримки.

Сім'я залишається ключовим ресурсом, але не може бути єдиною системою догляду. Соціальні працівники відіграють особливо важливу роль для людей, які проживають самі, а медичні та соціальні послуги — для людей із функціональними труднощами та віком 80+.

Водночас люди з найбільшими потребами значно нижче оцінюють якість усіх основних форм підтримки. Отже, головною прогалиною є не повна відсутність окремих елементів, а недостатня інтенсивність, доступність, передбачуваність і координація допомоги.

Пріоритетом має стати інтегрована модель, у центрі якої перебуває сама людина, її вибір і індивідуальний план підтримки, а формальні та неформальні ресурси доповнюють один одного без перекладання професійної відповідальності на сім'ю або сусідів.

# 10. Екосистема формальної та неформальної підтримки людей старшого віку

Система підтримки людей старшого віку охоплює сукупність суб'єктів, послуг і ресурсів, які допомагають людині зберігати автономію та продовжувати жити у громаді. До неї належать державні та місцеві соціальні й медичні послуги, реабілітаційна допомога, підтримка сім'ї та найближчого оточення, а також діяльність громадських, благодійних, релігійних і волонтерських організацій.

Результати дослідження показують, що підтримка не є протилежністю незалежності. Навпаки, своєчасна та персоналізована допомога є однією з головних передумов її збереження. Людина може потребувати допомоги з пересуванням, прибиранням житла, приготуванням їжі, прийманням ліків або оформленням документів, але залишатися незалежною, якщо вона сама визначає, де і з ким жити, яку підтримку отримувати та як організовувати своє повсякденне життя.

## 10.1. Загальна архітектура системи підтримки

Екосистема підтримки людей старшого віку складається із трьох взаємопов'язаних рівнів: формального, неформального та громадсько-гуманітарного.

| Рівень підтримки           | Основні суб'єкти                                                                                                                                                                    | Основні функції                                                                                                                                                               | Ключові обмеження                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Формальний                 | органи місцевого самоврядування, органи соціального захисту, соціальні служби, заклади охорони здоров'я, реабілітаційні установи, служби зайнятості, заклади довготривалого догляду | соціальні виплати, догляд удома, медична допомога, реабілітація, забезпечення допоміжними засобами, житлові, транспортні й адміністративні послуги                            | фрагментація послуг, складні процедури, недостатня кількість виїзних послуг, слабка міжвідомча координація, відсутність єдиного координатора                          |
| Неформальний               | члени сім'ї, інші родичі, друзі, сусіди, місцеві активісти, групи взаємодопомоги                                                                                                    | щоденна побутова допомога, спілкування, супровід, доставка продуктів і ліків, допомога з документами, реагування у кризових ситуаціях                                         | нерівномірність підтримки, виснаження доглядальників, відсутність спеціальних навичок, залежність від однієї особи, скорочення мережі контактів унаслідок переміщення |
| Громадський і гуманітарний | громадські та благодійні організації, волонтери, релігійні громади, міжнародні й національні гуманітарні організації                                                                | матеріальна, психологічна, юридична та інформаційна допомога, мобільні послуги, соціальні активності, адвокація, виявлення вразливих людей, апробація нових моделей підтримки | проектна залежність, обмежене територіальне охоплення, нестабільність фінансування, недостатня інтеграція з місцевими послугами                                       |

Ці рівні не функціонують ізольовано. У повсякденному житті підтримка людини старшого віку зазвичай складається з декількох елементів: пенсії або соціальної виплати, допомоги родичів, послуг соціального працівника, звернень до медичних закладів і періодичної підтримки громадських чи гуманітарних організацій.

Водночас наявність декількох надавачів ще не означає існування інтегрованої системи. Без визначеного координатора людина або її родина змушені самотійно поєднувати різні послуги, повторно пояснювати потреби різним установам, збирати документи та контролювати виконання домовленостей.

## 10.2. Фактичні надавачі повсякденної допомоги

Допомоги інших осіб для виконання повсякденних справ регулярно або час від часу потребували 245 із 400 опитаних, або 61,3%. Серед них найчастіше згадували соціального працівника — 146 осіб, або 59,6% респондентів, які потребували такої допомоги.

| Надавач допомоги     | Кількість | Частка серед людей, які потребують допомоги, % |
|----------------------|-----------|------------------------------------------------|
| Соціальний працівник | 146       | 59,6                                           |
| Член сім'ї           | 89        | 36,3                                           |

| Надавач допомоги      | Кількість | Частка серед людей, які потребують допомоги, % |
|-----------------------|-----------|------------------------------------------------|
| Волонтер              | 57        | 23,3                                           |
| Інший родич           | 53        | 21,6                                           |
| Сусід або знайомий    | 46        | 18,8                                           |
| Найманий доглядальник | 8         | 4,9                                            |
| Ніхто                 | 2         | 0,8                                            |

Примітка: респонденти могли зазначити декількох надавачів допомоги, тому сума часток перевищує 100%.

Отримані результати демонструють центральну роль соціальних працівників у системі повсякденної підтримки. Водночас у багатьох випадках допомога формується як комбінація декількох джерел: соціального працівника, членів сім'ї, інших родичів, сусідів і волонтерів.

Така модель може бути відносно стійкою, якщо між її учасниками існує координація і зрозумілий розподіл відповідальності. Вона стає вразливою, коли кожен надавач виконує лише окремі завдання, не маючи інформації про загальний стан людини, інші доступні послуги та довгостроковий план підтримки.

Повністю достатньою отримувану допомогу назвали 15,5% респондентів, які її потребували, а переважно достатньою — 49,8%. Водночас для 29,0% вона була лише частково достатньою, а для 5,7% — недостатньою. Отже, приблизно кожна третя людина, яка отримувала допомогу, продовжувала мати частково або повністю незадоволені потреби.

## 10.3. Формальна система підтримки

### 10.3.1. Соціальний захист і грошова підтримка

Пенсія, соціальні виплати та інші доходи залишаються базовим ресурсом незалежного проживання. Загалом 69,3% респондентів назвали пенсію або інші доходи одним із чинників, що допомагають їм залишатися незалежними.

Одночасно 91,3% опитаних зазначили актуальну потребу у фінансовій підтримці, а 78,5% вважали грошову допомогу необхідною умовою для того, щоб довше залишатися у власному домі. Це найбільші показники серед усіх досліджених потреб і потенційних форм підтримки.

Таким чином, хоча система пенсійного забезпечення, соціальних виплат і гуманітарної грошової допомоги має широке охоплення, наявних доходів переважно недостатньо для покриття витрат на ліки, продукти харчування, комунальні послуги, транспорт, реабілітацію, допоміжні засоби та догляд.

Фінансова підтримка має значення не лише для задоволення базових потреб. Вона безпосередньо впливає на можливість людини самостійно ухвалювати рішення, оплачувати необхідні послуги та уникати повної залежності від родичів, соціальних працівників або гуманітарної допомоги.

### 10.3.2. Соціальні послуги

Соціальні послуги назвали чинником незалежного проживання 39,8% опитаних. Найпомітнішим елементом цієї системи є допомога соціального працівника: її отримували 59,6% респондентів, які регулярно або час від часу потребували допомоги у виконанні повсякденних справ.

Водночас соціальна підтримка часто зосереджується на окремих побутових діях і не завжди охоплює:

- комплексне оцінювання потреб;
- координацію медичних і соціальних послуг;
- адаптацію житла;

- підтримку сімейного доглядальника;
- організацію транспортних послуг;
- психологічну підтримку;
- соціальну участь;
- регулярний перегляд індивідуального плану підтримки.

Високі оцінки — 4 або 5 балів — роботі соціальних служб поставили 47,3% опитаних. Це свідчить не стільки про повну відсутність послуг, скільки про нерівномірність їхньої територіальної доступності, інтенсивності та відповідності індивідуальним потребам.

Особливо обмеженою залишається доступність комплексних послуг для людей із вираженими функціональними труднощами, людей, які живуть самі, ВПО та мешканців місць тимчасового проживання. Для цих груп недостатньо лише періодичної побутової допомоги: вони потребують скоординованого пакета соціальних, медичних, реабілітаційних, транспортних і житлових послуг.

### **10.3.3. Медичні та реабілітаційні послуги**

Медичні послуги назвали чинником незалежного проживання 56,8% респондентів. Високий рівень задоволеності роботою медичних закладів — оцінки 4 або 5 балів — зафіксовано у 64,8% опитаних.

Водночас потреба в медичній та пов'язаній із нею підтримці залишається значною:

- 66,3% мали актуальну потребу в медичній допомозі;
- 58,5% — у лікарських засобах;
- 47,8% назвали домашню медичну допомогу серед форм підтримки, які допомогли б їм довше залишатися у власному домі;
- 21,8% повідомили про актуальну потребу в реабілітації;
- 13,0% потребували допоміжних засобів.

Ці дані вказують на розрив між загальною доступністю медичних закладів і доступністю безперервної допомоги за місцем проживання. Найбільшою прогалиною є відсутність інтегрованого маршруту, який поєднував би первинну медичну допомогу, домашні візити, догляд, реабілітацію, забезпечення ліками та допоміжними засобами.

### **10.3.4. Транспорт, житло та фізична доступність**

Транспортні послуги як одну з умов довшого проживання у власному домі назвали 21,3% опитаних. Одночасно 30,0% визначили транспорт одним із чинників, що обмежує їхню незалежність.

Адаптацію житла серед необхідних форм підтримки назвали 8,3% респондентів. Однак серед людей із вираженими функціональними труднощами потреба в житлових адаптаціях була істотно вищою. Зокрема, адаптоване житло мали 43,2% респондентів із вираженими функціональними труднощами проти 13,1% серед інших опитаних. Це може свідчити як про вищу потребу цієї групи, так і про те, що значна частина адаптацій відбувається лише після істотного погіршення функціонального стану.

Доступність житла, будівель, громадського транспорту, укриттів і публічного простору не повинна розглядатися як другорядне інфраструктурне питання. Вона визначає, чи може людина фактично скористатися медичною, соціальною або адміністративною послугою, навіть якщо формально така послуга існує.

### **10.3.5. Інформаційна, адміністративна та юридична підтримка**

Інформація про послуги, виплати та можливості підтримки надходить до людей старшого віку через різні установи, волонтерів, особисті контакти, телефонні повідомлення та цифрові канали. Через відсутність єдиного інформаційного маршруту людина часто змушена самостійно з'ясовувати, яка установа відповідає за конкретну проблему.

Особливо помітною ця проблема є для ВПО, які після евакуації мають одночасно вирішувати питання житла, реєстрації, соціальних виплат, медичного обслуговування, відновлення документів і доступу до місцевих послуг.

Для людей із низькою цифровою грамотністю, порушеннями зору або слуху, а також когнітивними труднощами система, побудована переважно на електронних заявах та онлайн-інформуванні,

створює додаткові бар'єри. Тому інформація має поширюватися одночасно через цифрові й доступні офлайн-канали.

## **10.4. Неформальна підтримка сім'ї та найближчого оточення**

Неформальна підтримка залишається одним із головних ресурсів незалежного проживання. Підтримку сім'ї як чинник незалежності назвали 54,8% респондентів, а допомогу друзів або сусідів — 29,8%. Високий рівень задоволеності сімейною підтримкою — оцінки 4 або 5 балів — мали 61,8% опитаних.

Члени сім'ї та родичі часто одночасно виконують декілька функцій: допомагають у побуті, купують продукти й ліки, супроводжують до лікаря, здійснюють догляд, підтримують фінансово, допомагають оформлювати документи та контактувати з державними установами.

Водночас покладання на сім'ю не може замінювати гарантовані соціальні та медичні послуги. Основними ризиками сімейної моделі підтримки є:

- фізичне й емоційне виснаження доглядальника;
- необхідність поєднувати догляд із роботою та іншими сімейними обов'язками;
- відсутність професійних знань і навичок;
- конфлікти щодо обсягу та способу надання допомоги;
- залежність людини старшого віку від однієї особи;
- відсутність заміни на випадок хвороби або від'їзду доглядальника;
- втрата підтримки через переміщення, мобілізацію, смерть або виїзд родичів.

Особливо вразливими є люди, які живуть самі. Загалом таких респондентів було 194, або 48,5% вибірки. У 59 опитаних — 14,8% загальної вибірки — не було людини, до якої вони могли б звернутися по допомогу в разі потреби. Усі ці респонденти проживали самотійно.

Відсутність контактної особи не завжди означає наявність негайної потреби у постійному догляді, але істотно підвищує ризик того, що погіршення здоров'я, падіння, перебої з електропостачанням, евакуація або інша кризова ситуація залишаться без своєчасного реагування. Для цієї групи необхідні регулярний контакт, система екстреного реагування та визначений відповідальний працівник.

Сусіди й знайомі мають особливе значення для задоволення невідкладних повсякденних потреб: придбання продуктів, отримання ліків, дрібного ремонту, супроводу, спілкування та допомоги під час повітряних тривог. Проте така підтримка переважно неформалізована, залежить від особистих відносин і не може гарантувати регулярного професійного догляду.

## **10.5. Роль громадських, волонтерських і релігійних організацій**

Громадські організації назвали чинником незалежного проживання 29,3% опитаних, а релігійні громади — 16,3%. Серед людей, які потребували допомоги у повсякденному житті, 23,3% отримували її від волонтерів.

Громадські та гуманітарні організації виконують декілька важливих функцій:

- виявляють людей, які залишаються поза формальними системами підтримки;
- надають гуманітарну та грошову допомогу;
- забезпечують мобільні медичні й соціальні послуги;
- надають психологічну, інформаційну та юридичну підтримку;
- допомагають отримати допоміжні засоби;
- організовують соціальні активності та групи взаємодопомоги;
- проводять навчання цифрової грамотності;

- підтримують ВПО під час переходу від транзитного або тимчасового розміщення до стабільнішого житла;
- адвокатують зміни у місцевій і національній політиці;
- тестують моделі підтриманого проживання, денного догляду та інтегрованої домашньої підтримки.

Громадські організації також можуть швидше реагувати на нові потреби, адаптувати формати допомоги та охоплювати людей, які через фізичні, інформаційні або адміністративні бар'єри не звертаються до державних установ.

Разом із тим громадські та гуманітарні організації не повинні підміняти місцеву систему соціальних і медичних послуг. Їхня допомога має доповнювати гарантований пакет підтримки, забезпечувати інновації, охоплення важкодоступних груп, розвиток спроможності місцевих надавачів та незалежний моніторинг якості послуг.

«Групи взаємодопомоги можуть давати компанію й інформацію, але професійний догляд має бути гарантований громадою». [Учасник ФГД з ВПО старшого віку, Харківська область].

## 10.6. Основні системні прогалини

Порівняння наявної допомоги з підтримкою, якої потребують респонденти, дозволяє визначити такі ключові системні прогалини.

1. **Відсутність єдиного координатора.** Людина або її родина переважно самостійно поєднують соціальні, медичні, адміністративні, житлові та гуманітарні послуги.
2. **Недостатність послуг за місцем проживання.** Домашню медичну допомогу серед необхідних форм підтримки назвали 47,8% опитаних, психологічну підтримку — 29,0%, догляд удома — 24,8%, транспортні послуги — 21,3%.
3. **Розрив між оцінюванням потреб і фактичним наданням допомоги.** Наявність статусу інвалідності або звернення до соціальної служби не гарантує адаптації житла, доступу до реабілітації, транспорту, допоміжних засобів чи достатньої інтенсивності догляду.
4. **Надмірне навантаження на сім'ю.** Родичі одночасно виконують функції доглядальників, координаторів, водіїв, представників у державних установах і джерела фінансової підтримки, не отримуючи системного навчання, психологічної допомоги та послуг перепочинку.
5. **Несталість гуманітарної підтримки.** Волонтерська та громадська допомога має значне охоплення, проте часто залежить від тривалості окремого проєкту й не включається до довгострокового індивідуального плану.
6. **Відсутність безперервного маршруту між формами проживання.** Під час переходу з транзитного центру до МТП, орендованого житла, проживання з родичами або закладу довготривалого догляду інформація про потреби людини та вже надану допомогу може втрачатися.
7. **Недостатня увага до профілактики втрати самостійності.** Адаптація житла, реабілітація, допоміжні засоби та підтримка доглядальника часто стають доступними лише після істотного погіршення стану людини.

## 10.7. Рекомендована модель координації підтримки

Оптимальна система має функціонувати за принципом єдиного маршруту незалежно від того, до якої установи людина звернулася вперше. Первинною точкою звернення може бути соціальна служба, заклад охорони здоров'я, орган місцевого самоврядування, адміністрація МТП, громадська або гуманітарна організація.

Рекомендований маршрут включає такі етапи:

1. Первинне звернення або активне виявлення людини.
2. Комплексне оцінювання функціональних, медичних, соціальних, житлових, психологічних та безпекових потреб.
3. Призначення кейс-менеджера або іншого відповідального координатора.
4. Погодження з людиною індивідуального плану підтримки.

5. Формування пакета послуг із залученням формальних, неформальних і громадських ресурсів.
6. Визначення відповідальних надавачів та строків надання кожної послуги.
7. Регулярний перегляд плану й оцінювання достатності допомоги.
8. Розроблення окремого плану дій на випадок погіршення здоров'я, втрати житла, евакуації або припинення неформального догляду.
9. Забезпечення збереження та захищеної передачі даних про людину, її потреби й отримувані послуги до відповідальної служби за новим місцем перебування у разі евакуації.

#### Інтегрований маршрут підтримки людини старшого віку



Для людей, які живуть самі, мають виражені функціональні труднощі або не мають особи, до якої можуть звернутися, система повинна передбачати проактивне спостереження. Воно може включати регулярні телефонні або домашні контакти, тривожну кнопку, резервну контактну особу, визначеного соціального працівника та погоджений порядок реагування у кризовій ситуації.

Кейс-менеджмент не повинен означати створення додаткового адміністративного рівня. Його призначення полягає у тому, щоб людина не залишалася єдиним координатором власної підтримки та не була змушена окремо взаємодіяти з кожною установою.

## 10.8. Узагальнення

Наявна система підтримки людей старшого віку є багатокomпонентною, але недостатньо інтегрованою. Її найсильнішими елементами є соціальні працівники, сімейна підтримка, медичні послуги, а також допомога громадських і волонтерських організацій.

Найбільші прогалини стосуються координації, домашніх і мобільних послуг, адаптації житла, доступного транспорту, реабілітації, підтримки сімейних доглядальників та переходу від тимчасового або інституційного проживання до життя у громаді.

Ключовим напрямом розвитку має стати перехід від окремих видів допомоги до персоналізованого пакета підтримки, сформованого навколо вибору людини. Такий пакет повинен поєднувати соціальні й медичні послуги, матеріальну підтримку, доступне житло, транспорт, реабілітацію, соціальну участь і підтримку найближчого оточення.

# 11. Порівняння форм проживання та регіональні відмінності

## 11.1. Структура аналізу

Дослідження охопило чотири основні форми проживання:

- власне житло — 120 учасників, або 30,0%;
- місця тимчасового проживання — 80 учасників, або 20,0%;
- транзитні центри — 80 учасників, або 20,0%;
- заклади довготривалого догляду — 120 учасників, або 30,0%.

Через неповноту індивідуального поля щодо форми проживання в експортованій кількісній базі порівняння не включає штучно розрахованих перехресних відсотків. Аналіз відмінностей спирається на підтверджену структуру вибірки, фокус-групові дискусії, відкриті відповіді, спостереження польових команд і матеріали кабінетного аналізу.

Форми проживання порівнювалися за такими критеріями:

1. можливість вибору і контролю;
2. приватність;
3. стабільність житла;
4. доступ до догляду і медичної допомоги;
5. безпека та фізична доступність;
6. збереження сімейних і громадських зв'язків;
7. можливість залишити відповідне місце проживання;
8. ризик ізоляції та інституціоналізації.

## 11.2. Власне житло

### Переваги

Власна квартира або приватний будинок найчастіше асоціювалися з незалежністю. Основними перевагами були:

- контроль над розпорядком дня;
- приватність;
- можливість зберігати особисті речі;
- право приймати гостей;
- звичне оточення;
- сформовані маршрути до магазинів, аптек і медичних закладів;
- сусідські зв'язки;
- відчуття належності до місцевої громади.

Для більшості учасників залишатися у власному домі означало зберегти не лише житло, а й ідентичність, звички та соціальну історію.

### Основні ризики

Проживання у власному житлі не гарантує фактичної незалежності. Квартира може стати місцем ізоляції, якщо людина не може подолати сходи, скористатися ліфтом або безпечно пройти двір. У приватному секторі додатковими проблемами є опалення, вода, прибирання снігу, ремонт даху, перенесення палива і значна відстань до послуг.

### Іншими ризиками є:

- пошкодження житла внаслідок атак;
- висока вартість ремонту;
- відсутність фізичної можливості виконати ремонт;
- недоступні ванні кімнати і входи;
- ризик падінь;
- відсутність укриття;
- перебої з електроенергією;
- соціальна ізоляція;
- відсутність регулярної домашньої допомоги.

Для орендованого житла окремою проблемою є відмова власника дозволити встановлення поручнів, усунення порогів або іншу адаптацію.

### Необхідна підтримка

Щоб власне житло залишалося реальним середовищем незалежного проживання, потрібні:

- догляд і допомога по господарству вдома;
- домашня медична допомога;
- мобільна реабілітація;
- дрібний ремонт;
- адаптація житла;
- соціальний транспорт із супроводом;
- доставка ліків і продуктів;
- регулярний контакт із самотніми людьми;
- індивідуальний план безпеки;
- підтримка родинного доглядальника.

Серед опитаних 58,8% хотіли б залишитися вдома з підтримкою навіть у разі виникнення потреби в постійному догляді. Це робить розвиток домашніх і мобільних послуг головним інструментом запобігання інституціоналізації.

### 11.3. Місця тимчасового проживання

#### Переваги

Місця тимчасового проживання забезпечують базову безпеку після евакуації або втрати житла. Їхніми сильними сторонами можуть бути:

- наявність ліжка, тепла і води;
- присутність інших людей;
- первинна гуманітарна допомога;
- доступ до окремих консультацій;
- можливість отримувати централізовану інформацію;
- взаємодопомога між мешканцями.

Для людини, яка втратила житло або не може повернутися додому, місце тимчасового проживання є важливим кризовим рішенням.

#### Основні ризики

Ключовою проблемою є те, що тимчасове проживання часто стає невизначено тривалим. Люди не знають, скільки зможуть залишатися, куди переїдуть далі та хто відповідатиме за пошук довгострокового рішення.

«У центрі є ліжко, тепло й люди поруч. Але я не можу планувати день: спільний санвузол, черги, правила, нові прибулі». [Учасник ФГД із внутрішньо переміщеними людьми старшого віку, Харківська область].

#### Основними обмеженнями є:

- недостатня приватність;
- спільні кімнати й санітарні приміщення;
- залежність від правил адміністрації;
- обмежений простір для особистих речей;
- неможливість запросити близьких;
- відсутність стабільного плану переходу;
- фізична недоступність приміщень;
- відсутність індивідуальної домашньої допомоги;
- розмита відповідальність між адміністрацією та громадою;
- обмежене включення у життя приймаючої громади.

Наявність персоналу або адміністрації не означає наявності догляду. Під час ФГД учасники зазначали, що соціальні служби можуть вважати потреби мешканця вже забезпеченими через сам факт його проживання в колективному місці, хоча допомога з купанням, пересуванням, ліками чи супроводом фактично не надається.

### **Ризик прихованої інституціалізації**

Якщо місце тимчасового проживання не має плану переходу до звичайного житла, воно може набути інституційних ознак:

- тривале колективне проживання;
- відсутність контролю над розпорядком;
- залежність від адміністрації;
- ізоляція від громади;
- відсутність реальних житлових альтернатив;
- неможливість вільно змінити місце проживання.

Особливо високим є ризик для людей з інвалідністю, людей 80+, ВПО без родичів і тих, хто потребує регулярного догляду.

### **Необхідна підтримка**

Кожне місце тимчасового проживання повинно мати:

- оцінювання індивідуальних потреб;
- кейс-менеджера;
- доступ до соціального працівника і медичної сестри;
- домашні послуги незалежно від колективної форми проживання;
- доступні санітарні приміщення;
- можливість приватного простору;
- правову допомогу;
- план переходу до соціальної оренди, підтриманого проживання, проживання з родиною або іншого обраного варіанта.

## **11.4. Транзитні центри**

### **Функція транзитного центру**

Транзитний центр виконує короткострокову кризову функцію. Він має забезпечити:

- фізичну безпеку після евакуації;
- харчування, одяг і гігієнічні засоби;
- первинне медичне оцінювання;
- відновлення зв'язку з родичами;
- реєстрацію;
- інформацію про наступні варіанти;
- організацію подальшого переміщення.

Для людей старшого віку якість роботи транзитного центру визначається не лише швидкістю переміщення, а здатністю врахувати стан здоров'я, функціональні можливості, потреби в догляді та волю самої людини.

### **Основні ризики**

Після евакуації люди можуть перебувати у стані стресу, фізичного виснаження або дезорієнтації. Вони не завжди здатні засвоїти великий обсяг інформації, відновити перелік ліків або швидко визначити бажаний варіант проживання.

«Після транзитного центру все було як у тумані: документи, медогляд, нові люди. У 80 років важко кожному знову розповідати свою історію». [Учасниця ФГД із внутрішньо переміщеними людьми старшого віку, Дніпропетровська область].

**Основними ризиками є:**

- інформаційне перевантаження;
- повторне збирання однакових даних;
- втрата медичних документів;
- переривання лікування;
- відсутність необхідних ліків і допоміжних засобів;
- поспішне визначення наступного місця проживання;
- відсутність доступного транспорту;
- розділення родини або доглядальника й отримувача допомоги;
- направлення до закладу лише через відсутність іншого доступного варіанта.

Для людини з порушеннями пам'яті, зору або слуху транзитна процедура має бути адаптованою. Інформацію необхідно повторювати, надавати письмово у доступному форматі та перевіряти, чи людина її зрозуміла.

**Необхідна підтримка**

Транзитний центр повинен забезпечувати:

1. швидкий функціональний скринінг;
2. виявлення потреби в догляді та допоміжних засобах;
3. відновлення медичної інформації;
4. безперервність приймання ліків;
5. контакт із родичами;
6. доступну комунікацію;
7. участь людини у виборі наступного місця проживання;
8. передачу інформації відповідальному кейс-менеджеру в громаді призначення;
9. повторну консультацію після первинної стабілізації.

Транзитний центр має бути входом до системи підтримки, а не точкою, після якої відповідальність за людину втрачається.

## **11.5. Заклади довготривалого догляду**

До цієї категорії в межах дослідження належать будинки для людей старшого віку, будинки-інтернати, стаціонарні відділення довготривалого догляду та окремі заклади паліативної допомоги. Ці форми є неоднорідними за розміром, режимом, складом мешканців і рівнем медичної підтримки.

**Потенційні переваги**

Для людей із високою інтенсивністю потреб заклади можуть забезпечувати:

- постійне перебування персоналу;
- харчування;
- опалення і базові житлові умови;
- допомогу з особистою гігієною;
- контроль приймання ліків;
- контакт з іншими мешканцями;
- зменшення навантаження на родину.

У кризових умовах заклад може сприйматися як єдиний доступний варіант, особливо якщо людина втратила житло, не має родичів або потребує цілодобової допомоги.

**Обмеження незалежності**

Основним ризиком довготривалого інституційного проживання є втрата контролю над власним життям. Вона може проявлятися через:

- фіксований розпорядок;

- колективне харчування і побут;
- відсутність приватності;
- обмежений вибір персоналу або співмешканців;
- неможливість самостійно визначати час отримання допомоги;
- слабкі зв'язки з громадою;
- обмеження участі у прийнятті рішень;
- віддаленість від родини;
- поступову втрату побутових навичок;
- складність виходу із закладу.

Національне дослідження інституційної системи 2025 року вказує, що обмеження самостійної діяльності мешканців призводить до демотивації та поступової втрати навичок незалежного життя. Серед основних причин перебування людей у закладах також названо відсутність житла і послуг у громадах, втрату родичів та неможливість сім'ї забезпечити необхідну підтримку.

Таким чином, проживання у закладі не завжди є результатом вільного вибору. Воно може бути наслідком відсутності домашнього догляду, доступного житла, підтриманого проживання або кризової допомоги.

Це підтверджують результати опитування: лише 6,0% учасників обрали б заклад догляду як найбільш прийнятний варіант у разі потреби в постійній допомозі.

«Якщо мені стане гірше, я хотіла б жити в невеликій доступній квартирі з черговим персоналом, а не у великому закладі далеко від свого району».[Учасниця ФГД із людьми старшого віку з інвалідністю, Харківська область].

### **Безпекові ризики**

Великі заклади мають додаткові ризики під час війни:

- складність швидкої евакуації;
- залежність мешканців від рішень адміністрації;
- недоступні або недостатні укриття;
- відсутність індивідуальних евакуаційних планів;
- ризик масового переміщення до іншого закладу;
- втрата документів і медичної інформації;
- розрив контактів із родичами.

Переміщення людей з одного великого закладу до іншого не є деінституалізацією, навіть якщо нове місце є безпечнішим або краще обладнаним.

### **Необхідні зміни**

До моменту переходу до системи підтримки у громаді заклади повинні:

- проводити індивідуальне оцінювання потреб і бажань мешканців;
- забезпечувати максимальну приватність;
- підтримувати навички самообслуговування;
- не обмежувати самостійні дії без необхідності;
- підтримувати контакти з родиною та громадою;
- забезпечувати доступ до незалежної правової допомоги;
- регулярно переглядати можливість переходу до проживання у громаді;
- мати індивідуальні плани безпеки та евакуації;
- не допускати автоматичного прийняття рішень за людину.

## 11.6. Порівняльна характеристика форм проживання

| Критерій                        | Власне житло                                                   | Місце тимчасового проживання             | Транзитний центр                  | Заклад довготривалого догляду                |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Основна функція</b>          | Постійне проживання                                            | Тимчасове розміщення                     | Короткострокова кризова підтримка | Постійний або тривалий догляд                |
| <b>Контроль над розпорядком</b> | Переважно високий                                              | Обмежений правилами спільного проживання | Низький через кризовий режим      | Часто низький через інституційний розпорядок |
| <b>Приватність</b>              | Переважно висока                                               | Низька або середня                       | Низька                            | Низька або залежить від закладу              |
| <b>Стабільність</b>             | Висока для власника, нижча для орендаря або пошкодженого житла | Невизначена                              | Навмисно короткострокова          | Формально висока, але залежна від установи   |
| <b>Доступ до догляду</b>        | Залежить від послуг громади і сім'ї                            | Часто фрагментований                     | Лише первинний                    | Регулярніший, але стандартизований           |
| <b>Зв'язок із громадою</b>      | Потенційно високий                                             | Обмежений                                | Мінімальний                       | Часто слабкий                                |
| <b>Основний ризик</b>           | Ізоляція у недоступному житлі                                  | Тривала тимчасовість                     | Невдале перенаправлення           | Сегрегація і втрата автономії                |
| <b>Пріоритетна підтримка</b>    | Домашні та мобільні послуги                                    | План переходу і кейс-менеджмент          | Безпечне перенаправлення          | Індивідуалізація та перехід до громади       |
| <b>Критерій</b>                 | Власне житло                                                   | Місце тимчасового проживання             | Транзитний центр                  | Заклад довготривалого догляду                |

## 11.7. Регіональні відмінності

Кількісна вибірка була рівномірно розподілена між областями — по 200 учасників. Виявлені відмінності є характеристиками опитаних груп, а не оцінкою поширеності відповідних явищ серед усього населення областей.

### Функціональний стан і здоров'я

У Харківській області учасники мали складніший функціональний профіль:

| Показник                               | Дніпропетровська область | Харківська область |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Перетнули поріг WGSS                   | 15,5%                    | 40,0%              |
| Поганий або дуже поганий стан здоров'я | 26,5%                    | 38,0%              |
| Хронічні захворювання                  | 75,0%                    | 83,5%              |
| Потребують адаптації житла             | 16,5%                    | 26,5%              |
| Потребують регулярної допомоги         | 21,5%                    | 50,0%              |
| Проживають самі                        | 45,5%                    | 51,5%              |

Особливо великими були відмінності щодо значних труднощів із ходьбою або сходами — 8,0% у Дніпропетровській області проти 26,5% у Харківській, самообслуговуванням — 1,0% проти 16,5%, зором — 7,0% проти 18,0%.

Ця різниця узгоджується з вищою потребою у реабілітації, допоміжних засобах, догляді й адаптації житла серед харківських учасників.

### Доступ до послуг

У Дніпропетровській області 85,5% учасників вважали отримання медичної допомоги дуже або скоріше легким. У Харківській області — 67,5%. Складно або дуже складно отримати медичну допомогу було відповідно 14,5% і 32,5%.

Високу задоволеність доступністю послуг у громаді мали 73,5% учасників у Дніпропетровській області та 46,5% у Харківській.

Подібна різниця спостерігалася щодо оцінювання конкретних систем підтримки:

| Висока задоволеність, оцінки 4–5 | Дніпропетровська область | Харківська область |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Підтримка сім'ї                  | 70,0%                    | 53,5%              |
| Підтримка громади                | 55,0%                    | 33,5%              |
| Соціальні служби                 | 58,5%                    | 36,0%              |
| Медичні заклади                  | 80,5%                    | 49,0%              |

### Потреби і бар'єри

У Дніпропетровській області частіше називали фінансову підтримку, ліки та соціальне спілкування. У Харківській — реабілітацію, допоміжні засоби та адаптацію житла.

У Харківській області також частіше називали недоступність будівель, брак догляду та відсутність соціальної підтримки. Якісні дані пов'язують це з пошкодженням інфраструктури, зміною маршрутів, перебоями електропостачання та більшою кількістю учасників із функціональними труднощами.

У Дніпропетровській області дещо частіше повідомляли про нестачу коштів і самотність.

### Безпека та суб'єктивні перспективи

Попри відмінності у функціональному стані й доступі до послуг, вплив безпекової ситуації був майже однаково високим: оцінки 4–5 дали 82,0% учасників у Дніпропетровській та 80,0% у Харківській області.

Високу впевненість у можливості продовжувати самостійне життя протягом п'яти років мали лише 18,5% учасників у Дніпропетровській і 20,0% у Харківській області. Низьку впевненість висловили відповідно 66,0% і 60,0%.

Це означає, що навіть за кращої оцінки доступності послуг учасники Дніпропетровської області не почувалися істотно впевненіше у довгостроковій перспективі. Імовірно, фінансові, безпекові та медичні ризики залишаються достатньо сильними, щоб нівелювати переваги доступу до окремих послуг.

## 11.8. Основні висновки розділу

Жодна форма проживання сама по собі не гарантує незалежності. Визначальними є можливість вибору, приватність, стабільність, доступність середовища, достатня підтримка і зв'язок із громадою.

Власне житло найбільше відповідає прагненню учасників до автономії, але без домашніх послуг і адаптації може стати місцем фактичної ізоляції. Місця тимчасового проживання забезпечують базову безпеку, але створюють ризик тривалої невизначеності та прихованої інституціоналізації. Транзитні центри є необхідними кризовими точками, проте повинні гарантувати функціональне оцінювання, безперервність лікування та безпечне перенаправлення. Заклади довготривалого догляду можуть забезпечувати регулярну допомогу, але часто обмежують приватність, вибір і участь у житті громади.

Регіональне порівняння показує складніший профіль функціональних потреб і нижчу оцінку доступності послуг у харківській частині вибірки. Водночас низька впевненість у можливості продовжувати самостійне життя характерна для обох областей.

Політика має бути спрямована не на вибір однієї універсальної форми проживання, а на розвиток континууму підтримки: від допомоги у власному домі до невеликих форм підтриманого проживання, кризового і короткочасного догляду. Рішення повинно ґрунтуватися на волі людини, індивідуальному оцінюванні та регулярному перегляді її потреб.

## 12. Деінституціалізація: роль місцевої влади та неурядових організацій

### 12.1. Деінституціалізація має починатися із підтримки людини у громаді

У контексті цього дослідження деінституціалізацію слід розуміти не лише як скорочення кількості інтернатних закладів або переведення їхніх мешканців до інших приміщень. Її зміст полягає у створенні умов, за яких людина старшого віку може обирати місце та форму проживання, контролювати повсякденне життя, отримувати необхідну підтримку у громаді й не потрапляти до закладу лише через бідність, інвалідність, втрату житла або відсутність родичів.

Такий підхід відповідає статті 19 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка закріплює право людини обирати місце проживання та отримувати послуги, необхідні для життя і включення у громаду. На національному рівні відповідні пріоритети визначені Стратегією реформування психоневрологічних, інших інтернатних закладів та деінституціалізації догляду до 2034 року та операційним планом її реалізації на 2025–2027 роки. Стратегія передбачає розвиток соціальних послуг і підтримки людей із підвищеними потребами саме для забезпечення їхнього проживання у громаді та запобігання інституціалізації.

Результати дослідження підтверджують, що основний запит людей старшого віку полягає не у відмові від допомоги, а в отриманні допомоги без втрати власного дому, приватності та контролю над життям. У разі виникнення потреби у постійній підтримці 58,8% опитаних хотіли б залишитися вдома, отримуючи необхідні послуги. Ще 16,3% віддали перевагу проживанню з родичами, 11,0% — підтриманому проживанню і лише 6,0% — переїзду до закладу довгострокового догляду. Водночас 8,0% не змогли визначитися, що може свідчити як про невпевненість щодо майбутнього, так і про недостатню обізнаність щодо альтернатив інституційному догляду.

Висока перевага домашньої моделі підтримки поєднується з істотним ризиком інституціалізації. Регулярної допомоги у повсякденному житті вже потребують 35,8% опитаних, а 27,5% потребують допомоги принаймні в одній базовій повсякденній дії. Загалом 85,5% дуже або певною мірою турбує питання, хто доглядатиме за ними у майбутньому, якщо стан здоров'я погіршиться. Отже, без розширення послуг у громаді частина людей, які зараз живуть самостійно або з родиною, з часом може опинитися перед фактично примусовим вибором між перебуванням без необхідної допомоги та переїздом до закладу.

«ВПО без родичів часто відразу пропонують заклад. Спочатку треба спробувати орендне або соціальне житло з підтримкою, а не позбавляти людину вибору». [Учасниця 3, жіноча ФГД, Дніпропетровська область]

### 12.2. Ризик інституціалізації виникає через поєднання кількох дефіцитів

Інституціалізація рідко є наслідком лише стану здоров'я. Зазвичай до неї призводить одночасна дія кількох факторів: погіршення мобільності, низького доходу, недоступного житла, відсутності домашніх послуг, виснаження родинного доглядальника, нестабільного житлового становища та слабкої координації між соціальною і медичною системами.

За результатами опитування:

- 91,3% респондентів потребують фінансової підтримки;
- 66,3% — медичної допомоги;
- 58,5% — забезпечення ліками;
- 27,8% — транспортної підтримки;
- 21,8% — реабілітаційних послуг;
- 13,0% — допоміжних засобів;

- 10,0% — догляду вдома;
- 5,0% — адаптації житла.

Серед форм підтримки, які допомогли б довше залишатися у власному домі, респонденти найчастіше називали грошову допомогу — 78,5%, медичні послуги вдома — 47,8%, психологічну допомогу — 29,0%, догляд удома — 24,8%, соціальні активності — 22,5% і транспорт — 21,3%.

Таким чином, запобігання інституціоналізації потребує не однієї спеціалізованої послуги, а узгодженого пакета підтримки. Грошова допомога залишається критично важливою, однак вона не може замінити домашній догляд, медичні та реабілітаційні візити, соціальний транспорт, адаптацію житла або перепочинок для родинного доглядальника.

Результати кабінетного дослідження також показують, що в умовах війни інституційне розміщення нерідко використовується як швидка відповідь на втрату житла, евакуацію або відсутність родинної підтримки. Проте така відповідь переносить людину з однієї кризової ситуації до іншої, якщо не забезпечує їй приватності, можливості вибору, індивідуального плану підтримки і перспективи повернення до життя у громаді.

Особливо високий ризик мають:

- люди старшого віку з істотними функціональними труднощами;
- люди віком 80 років і старше;
- самотні люди;
- ВПО, які втратили житло або не мають родичів у громаді перебування;
- родини, у яких догляд здійснює одна виснажена людина;
- мешканці місць тимчасового проживання без довгострокового житлового рішення;
- люди, які не можуть користуватися транспортом, укриттями та публічними будівлями;
- люди без документів, реєстрації або доступу до інформації про послуги.

### **12.3. Чинні регіональні програми створюють основу, але потребують спільної логіки деінституціоналізації**

В обох досліджуваних областях існують програми соціального захисту, безбар'єрності, підтримки ВПО, психічного здоров'я та розвитку соціальних послуг. Однак ці заходи реалізуються через різні програми, бюджетні напрями та відповідальні структурні підрозділи. Через це людина може отримати окрему виплату, гуманітарну допомогу або медичну консультацію, але не отримати узгодженого маршруту від первинного виявлення потреби до стабільного житлового рішення і регулярної підтримки.

У Дніпропетровській області діє Комплексна програма соціального захисту населення на 2025–2029 роки, а також план впровадження безбар'єрного простору на 2025–2026 роки. Окремі заходи щодо підтриманого проживання передбачені й регіональним планом у сфері психічного здоров'я. Це створює нормативну основу, але потребує міжпрограмної координації та спільних результативних показників.

У Харківській області Комплексна програма соціального захисту населення на 2026–2030 роки значною мірою орієнтована на адресну матеріальну допомогу та підтримку окремих категорій населення. Водночас Програма розвитку соціальних послуг та психосоціальної допомоги на 2023–2027 роки уже передбачає денний догляд, підтримане проживання, соціальне замовлення, залучення громадських і міжнародних організацій, а також участь рад людей старшого віку у визначенні потреб.

Отже, основна прогалина полягає не у повній відсутності нормативних підстав, а в тому, що наявні заходи ще не об'єднані навколо вимірюваної мети: збільшення кількості людей старшого віку, які можуть безпечно проживати у громаді з необхідною підтримкою.

### **12.4. Необхідні зміни до місцевих і регіональних актів**

Закон України «Про соціальні послуги» надає місцевим органам влади повноваження визначати потреби населення, планувати мережу послуг, фінансувати їх і залучати недержавних надавачів. Порядок визначення потреб населення у соціальних послугах передбачає систематичне збирання та узагальнення таких даних місцевими органами соціального захисту. Отже, більшість необхідних змін може бути впроваджена через обласні та місцеві програми, порядки, бюджетні рішення і міжвідомчі протоколи без очікування завершення всієї національної реформи.

| Місцевий або регіональний інструмент                          | Необхідна зміна                                                                                                                                                                          | Практичний результат                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Комплексні програми соціального захисту населення             | Включити окремий напрям «Незалежне проживання та запобігання інституціоналізації людей старшого віку й осіб з інвалідністю»                                                              | Перехід від фінансування переважно виплат і утримання закладів до фінансування результатів для людини               |
| Обласний план реалізації реформи                              | Затвердити регіональний план реалізації Стратегії деінституціоналізації з відповідальними органами, строками, бюджетами та щорічними показниками                                         | Узгодження соціального захисту, охорони здоров'я, житлової політики, транспорту, цивільного захисту та роботи з ВПО |
| Порядок визначення потреб населення                           | Додати оцінювання функціональних труднощів, повсякденної автономії, житлових умов, наявності доглядальника, ризику інституціоналізації та бажаної форми проживання                       | Виявлення потреб до виникнення кризи, а не лише після звернення по стаціонарний догляд                              |
| Місцевий порядок направлення до закладів                      | Перед направленням обов'язково документувати поінформовану волю людини та перевіряти доступність домашньої підтримки, підтриманого проживання, тимчасового догляду і житлових рішень     | Інституційне розміщення стає останнім, а не автоматичним варіантом                                                  |
| Перелік і порядок надання соціальних послуг                   | Передбачити домашній догляд, персональний супровід, мобільну реабілітацію, денний догляд, перепочинок для доглядальників, соціальний транспорт, підтримане проживання та адаптацію житла | Формування мінімального пакета послуг, необхідного для життя у громаді                                              |
| Положення про місця тимчасового проживання і транзитні центри | Запровадити індивідуальний план виходу з тимчасового розміщення, визначити відповідального кейс-менеджера та не обмежувати доступ мешканців до домашніх і мобільних послуг               | Запобігання перетворенню тимчасового розміщення на довгострокову інституцію                                         |
| Житлові програми                                              | Передбачити соціальну та муніципальну оренду, субсидування оренди, ремонт і адаптацію житла, а також пріоритет для самотніх людей, ВПО та людей, які залишають заклади                   | Усунення ситуацій, коли людину направляють до закладу через відсутність доступного житла                            |
| Плани трансформації інтернатних закладів                      | Провести індивідуальну оцінку мешканців, розробити плани переходу до громади, перепідготувати персонал і поступово спрямовувати ресурси на послуги у громаді                             | Трансформація закладів без залишення мешканців і працівників без підтримки                                          |
| Програми безбар'єрності та цивільного захисту                 | Проводити аудит повного маршруту — від житла до транспорту, послуги й укриття — за участю людей з різними порушеннями; передбачити індивідуальні плани евакуації                         | Безпечна мобільність і можливість фактично користуватися послугами                                                  |
| Порядки соціального замовлення та місцевих конкурсів          | Запровадити багаторічне або щорічно відновлюване фінансування недержавних надавачів за чіткими стандартами якості                                                                        | Перетворення короткострокових проєктів НУО на стабільні елементи місцевої системи                                   |

| Місцевий або регіональний інструмент | Необхідна зміна                                                                                                                        | Практичний результат                                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Положення про консультативні органи  | Забезпечити участь людей старшого віку, людей з інвалідністю, ВПО та організацій, що їх представляють, у підготовці програм і бюджетів | Перехід від консультацій після ухвалення рішень до спільного планування |
| Порядок моніторингу програм          | Запровадити публічні показники незалежного проживання, скарг, якості послуг і переходів із закладів до громади                         | Оцінювання не кількості проведених заходів, а змін у житті людей        |

Принципово важливо, щоб оцінювання ризику інституціоналізації не перетворювалося на автоматичне внесення людини до «черги в інтернат». Воно має запускати раннє втручання: домашній візит, визначення функціональних та житлових потреб, консультацію щодо прав, підтримку доглядальника і формування індивідуального плану.

## 12.5. Мінімальний пакет підтримки незалежного проживання

На рівні кожної області доцільно визначити мінімальний пакет послуг, який громади повинні забезпечувати самостійно, спільно з іншими громадами або через закупівлю послуг у недержавних надавачів. До пакета мають входити:

1. Оцінювання потреб і ведення випадку одним відповідальним фахівцем.
2. Догляд удома різної інтенсивності — від кількох годин на тиждень до щоденної допомоги.
3. Медсестринські, реабілітаційні та паліативні послуги вдома.
4. Соціальний транспорт і супровід до медичних, соціальних та адміністративних послуг.
5. Перепочинок для родинних доглядальників, консультації та навчання з догляду.
6. Денний догляд і соціальні активності з доступним транспортом.
7. Допоміжні засоби, навчання користуванню ними, ремонт і технічне обслуговування.
8. Дрібний ремонт та адаптація житла: поручні, пандуси, освітлення, безпечний санвузол, усунення порогів.
9. Підтримане проживання у невеликих житлових одиницях із правом на приватність і допомогою відповідно до індивідуальних потреб. Надання такої послуги має відповідати Державному стандарту підтриманого проживання.
10. Юридична й інформаційна допомога щодо житла, документів, компенсацій, виплат та оскарження рішень.
11. Кризова допомога без обов'язкового направлення до закладу, зокрема тимчасовий догляд, кризове розміщення та послуги за місцем фактичного перебування. Можливість екстреного надання соціальних послуг передбачена оновленим порядком організації їх надання.

Пакет має бути доступним не лише людям у власному житлі, але й мешканцям орендованих квартир, місць тимчасового проживання, гуртожитків і транзитних центрів. Форма проживання не повинна бути підставою для відмови у домашній або мобільній послугі.

## 12.6. Роль неурядових організацій

Результати дослідження свідчать, що неурядові та волонтерські організації вже є помітною частиною системи підтримки. НУО назвали чинником збереження незалежності 29,3% опитаних. Серед респондентів, які потребують принаймні періодичної допомоги, 23,3% отримують її від волонтерів.

У реформі деінституціоналізації НУО можуть виконувати сім взаємопов'язаних функцій.

Виявлення людей, які залишаються поза системою. НУО можуть здійснювати проактивні телефонні та домашні контакти із самотніми людьми, ВПО, мешканцями віддалених територій і людьми з обмеженою мобільністю.

Надання та апробація послуг у громаді. Йдеться про домашню підтримку, мобільні бригади, адаптацію житла, групи взаємодопомоги, соціальний транспорт, денні центри, підтримане проживання та перепочинок для доглядальників.

Поєднання гуманітарної і довгострокової підтримки. Матеріальна допомога має ставати точкою входу до оцінювання комплексних потреб, а не завершенням взаємодії з людиною.

Підготовка місцевих фахівців. НУО можуть навчати соціальних працівників, медичних працівників і персонал місць проживання веденню випадку, доступній комунікації, підтриманому прийняттю рішень та правозахисному підходу.

Правовий супровід і моніторинг прав. Особливої уваги потребують поінформована згода на переміщення, право оскаржити рішення, приватність, захист від насильства, доступ до документів і можливість залишити заклад.

Участь людей старшого віку у формуванні політики. НУО можуть організовувати доступні консультації, підтримувати ради людей старшого віку та забезпечувати участь людей із сенсорними, когнітивними й мобільнісними труднощами.

Незалежний моніторинг реформи. Важливо відстежувати не лише кількість створених послуг або закритих місць у закладах, а й те, чи отримала людина стабільне житло, достатню підтримку та реальний контроль над повсякденним життям.

«Влада має питати людей старшого віку до ухвалення програм, а не після. Громадські організації можуть навчити громаду робити такі консультації доступними». [Учасниця 5, жіноча ФГД, Дніпропетровська область].

При цьому НУО не повинні заміщувати відповідальність держави та місцевого самоврядування. Пілотна послуга, профінансована донором, має або інтегруватися до місцевої системи, або мати визначений план передачі, співфінансування чи закупівлі з місцевого бюджету. Інакше завершення проєкту створюватиме новий розрив підтримки для людей, які вже почали залежати від послуги.

## 12.7. Трансформація різних форм проживання

Для кожної форми проживання необхідний окремий, але узгоджений маршрут деінституціалізації.

| Форма проживання               | Основне завдання                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Власне або орендоване житло    | Запобігти вимушеному переїзду через своєчасне надання домашніх, медичних, транспортних і житлових послуг                                                                     |
| Місце тимчасового проживання   | Надати мешканцям доступ до послуг у громаді та розробити індивідуальний план переходу до стабільного житла                                                                   |
| Транзитний центр               | Проводити швидке комплексне оцінювання, відновлювати документи, визначати потребу у догляді та передавати випадок конкретному кейс-менеджеру за місцем подальшого проживання |
| Заклад довгострокового догляду | Переглянути потреби й бажання кожного мешканця, розробити індивідуальний план переходу, забезпечити альтернативне житло та підтримку до і після переселення                  |

Місця тимчасового проживання і транзитні центри не повинні перетворюватися на інституції лише тому, що люди перебувають там тривалий час. Ключовими ознаками інституціалізації є не назва чи юридичний статус будівлі, а відсутність приватності, жорсткий спільний режим, неможливість обирати повсякденні дії, ізоляція від громади та відсутність реалістичної можливості переїхати.

## 12.8. Моніторинг результатів реформи

Для моніторингу деінституціалізації на обласному та місцевому рівнях доцільно використовувати такі показники:

- кількість і частка людей, для яких ризик інституціалізації було усунуто за допомогою послуг у громаді;
- кількість людей, які отримують домашній догляд, мобільну реабілітацію, соціальний транспорт, денний догляд і перепочинок;

- середній строк очікування кожної послуги;
- кількість місць підтриманого проживання та частка їх мешканців, які мають індивідуальний план;
- кількість людей, які перейшли із закладів до життя у громаді та продовжують отримувати підтримку через 6 і 12 місяців;
- кількість мешканців місць тимчасового проживання, які мають план переходу до стабільного житла;
- частка рішень про направлення до закладу, перед якими були документально розглянуті альтернативи;
- кількість адаптованих помешкань;
- частка отримувачів, задоволених достатністю, доступністю і повагою до їхнього вибору;
- кількість скарг на примусове розміщення, недоступність послуг, насильство або обмеження приватності;
- частка місцевих програм, підготовлених із документованою участю людей старшого віку та осіб з інвалідністю;
- обсяг місцевого фінансування послуг у громаді порівняно з фінансуванням стаціонарного догляду.

## 12.9. Висновок

Дослідження показує, що більшість людей старшого віку прагнуть залишатися вдома або проживати у невеликому підтриманому середовищі, а не переходити до закладу довгострокового догляду. Водночас наявної підтримки недостатньо, щоб це прагнення завжди могло бути реалізоване.

Основним завданням місцевої влади є побудова безперервного маршруту: раннє виявлення потреби — комплексне оцінювання — індивідуальний план — житлове рішення — домашні, медичні й соціальні послуги — регулярний перегляд достатності підтримки. НУО можуть забезпечити апробацію моделей, охоплення прихованих груп, навчання, правовий супровід і незалежний моніторинг, але гарантування послуг та їх стале фінансування мають залишатися відповідальністю держави й органів місцевого самоврядування.

Отже, успіх деінституціалізації слід вимірювати не кількістю реорганізованих закладів, а кількістю людей, які отримали реальний вибір, стабільне житло, необхідну підтримку та можливість безпечно жити у громаді.

## 13. Інтегровані висновки дослідження

### 13.1. Самостійне проживання означає контроль над життям, а не відсутність допомоги

Ключовий висновок дослідження полягає в тому, що люди старшого віку не ототожнюють незалежність із повною фізичною самодостатністю. Для них незалежне проживання означає можливість самостійно визначати, де і з ким жити, ухвалювати повсякденні рішення, розпоряджатися власними коштами, підтримувати соціальні зв'язки та отримувати допомогу без втрати гідності, приватності й контролю.

Потреба у підтримці не скасовує незалежності. Навпаки, своєчасна та достатня допомога дає змогу людині продовжувати робити те, що вона може і хоче робити самостійно. Залежність посилюється тоді, коли вибір фактично відсутній: немає доступного транспорту, домашнього догляду, стабільного житла, необхідних ліків або альтернативи інтернатному закладу.

Саме тому політика незалежного проживання має бути спрямована не лише на підтримку людей, які вже повністю самостійні, а насамперед на забезпечення необхідної підтримки тим, чії функціональні можливості поступово знижуються.

## 13.2. Між бажанням залишатися вдома та реальною доступністю підтримки існує значний розрив

Більшість опитаних хотіли б залишатися у власному домі навіть у разі виникнення потреби у постійній допомозі. Такий варіант обрали 58,8% респондентів. Ще 16,3% віддали перевагу проживанню з родичами, а 11,0% — підтриманому проживанню. Лише 6,0% вважають найбільш прийнятним переїзд до закладу довгострокового догляду.

Водночас спроможність залишатися вдома обмежують істотні прогалини у доступі до послуг:

- 35,8% уже потребують регулярної допомоги у повсякденному житті;
- 27,5% потребують допомоги принаймні в одній повсякденній життєвій активності;
- 47,8% вважають, що медичні послуги вдома допомогли б їм довше залишатися у власному житлі;
- 24,8% потребують догляду вдома;
- 21,3% потребують транспортної підтримки;
- 10,5% — реабілітаційних послуг удома або у громаді;
- 8,3% — адаптації житла;
- 5,3% — допоміжних засобів.

Цей розрив формує ризик відкладеної інституціоналізації. Поки людина або її родина спроможні самостійно компенсувати нестачу послуг, вона залишається вдома. Проте погіршення здоров'я, виснаження доглядальника, втрата доходу або житла можуть швидко перетворити контрольовану ситуацію на кризу.

Загалом 85,5% опитаних дуже або певною мірою турбує питання майбутнього догляду. Це свідчить не лише про особисту тривогу, а й про низьку передбачуваність системи підтримки. Люди не впевнені, що у разі погіршення стану здоров'я зможуть отримати достатню допомогу за місцем проживання.

## 13.3. Фінансова підтримка є необхідною, але сама по собі не забезпечує незалежного життя

Фінансові труднощі є найбільш поширеною потребою та одним із головних бар'єрів. Потребу у фінансовій підтримці зазначили 91,3% респондентів, а нестачу коштів як фактор, що обмежує незалежність, — 77,8%. Достатній дохід назвали фактором незалежного проживання 69,3% опитаних.

Такі результати відображають вплив низьких пенсій, високої вартості ліків, комунальних платежів, транспорту, догляду та ремонту житла. Особливо вразливими є самотні люди, ВПО, люди з інвалідністю та домогосподарства, у яких кошти витрачаються на постійне лікування чи догляд.

Водночас грошова допомога не може самостійно усунути функціональні, інфраструктурні та сервісні бар'єри. Навіть за наявності коштів людина може не знайти доступного транспорту, домашнього працівника, житла без сходів або фахівця, який надає реабілітацію вдома. Тому матеріальна підтримка має поєднуватися з розвитком послуг, а не підміняти їх.

## 13.4. Здоров'я та функціональні труднощі суттєво впливають на незалежність, але не повинні автоматично вести до інституціоналізації

Хронічні захворювання мають 79,3% опитаних, а 32,3% оцінюють свій стан здоров'я як поганий або дуже поганий. За критеріями короткого набору запитань Вашингтонської групи 27,8% респондентів мають значні труднощі або взагалі не можуть виконувати дію принаймні в одній із шести функціональних сфер.

Люди з істотними функціональними труднощами значно частіше:

- потребують регулярної допомоги — 83,8% проти 17,3% серед інших респондентів;
- потребують допомоги у повсякденних діях — 70,3% проти 11,1%;
- мають поганий або дуже поганий стан здоров'я — 71,2% проти 17,3%;
- потребують адаптації житла — 43,2% проти 13,2%;
- низько оцінюють доступність громадських місць — 40,5% проти 5,2%;
- мають низьку впевненість у можливості самостійного проживання протягом наступних п'яти років.

Ці відмінності демонструють, що інвалідність виникає у взаємодії між функціональними особливостями людини та недоступним середовищем. За наявності адаптованого житла, допоміжних засобів, транспорту, персональної підтримки та доступної комунікації навіть людина зі значними труднощами може зберігати суттєвий контроль над життям.

Офіційний статус інвалідності має 30,8% опитаних, однак адміністративний статус і фактичні функціональні труднощі не є взаємозамінними показниками. Орієнтація лише на посвідчення або встановлену групу інвалідності може залишити без підтримки людей, у яких уже виникли значні обмеження, але статус ще не оформлено або його оформлення триває.

### **13.5. Самотнє проживання одночасно є проявом автономії та фактором ризику**

Майже половина респондентів — 48,5% — живуть самі. Самотнє проживання не слід автоматично розглядати як проблему: для багатьох людей воно є бажаною формою життя та способом зберігати приватність і контроль.

Однак за відсутності регулярних контактів, доступних послуг і плану дій на випадок кризи самотнє проживання може посилювати ризики. Усі 59 респондентів, які не мають людини, до якої можна звернутися по допомогу, проживають самі. Серед самотніх респондентів також частіше спостерігається накопичення кількох бар'єрів незалежного проживання.

Почуття самотності постійно або часто відчують 24,3% опитаних, ще 35,5% — іноді. При цьому лише 21,0% брали участь у громадських заходах протягом останніх шести місяців.

Отже, необхідно розрізняти бажане самостійне проживання та соціальну ізоляцію. Метою підтримки має бути не примусове переселення самотньої людини до родичів або закладу, а створення мережі безпеки: регулярного контакту, домашніх візитів, екстреного виклику, соціального транспорту, сусідської взаємодії та доступних громадських активностей.

### **13.6. Люди віком 80 років і старше мають найвищий ризик втрати незалежності**

У групі респондентів віком 80 років і старше 81,3% мають труднощі з пересуванням за межами житла, а половина оцінює такі труднощі як дуже значні або взагалі не може самостійно пересуватися поза домом.

Жоден респондент віком 80 років і старше не продемонстрував високої впевненості у здатності жити самостійно протягом наступних п'яти років. Це не означає, що всі люди цієї вікової групи потребуватимуть стаціонарного догляду. Натомість результати вказують на необхідність раннього планування підтримки до виникнення кризи.

Людям віком 80 років і старше особливо потрібні:

- проактивне оцінювання потреб удома;
- регулярний контроль стану здоров'я;
- доставка ліків та продуктів;
- допомога у веденні домашнього господарства;
- соціальний транспорт;
- адаптація житла;

- засоби мобільності;
- підтримка родинних доглядальників;
- план дій на випадок обстрілів, евакуації або відключень електроенергії.

### **13.7. ВПО старшого віку стикаються із поєднанням вікових, житлових та адміністративних бар'єрів**

ВПО становлять близько 40% вибірки. Наявні дані не дозволяють здійснити повне кількісне порівняння ВПО та непереміщених респондентів за всіма показниками, проте матеріали ФГД послідовно вказують на специфічні ризики цієї групи.

До них належать:

- втрата власного житла та звичного соціального середовища;
- тривале перебування у статусі «тимчасового» мешканця;
- невизначеність щодо продовження проживання у колективному центрі;
- складнощі з документами, компенсаціями та реєстрацією;
- розрив зв'язку з попередніми лікарями й соціальними працівниками;
- відсутність родичів у громаді перебування;
- недоступність орендованого житла;
- ризик направлення до закладу через відсутність іншого житлового рішення.

Для ВПО незалежне проживання починається зі стабільності житла. Разова гуманітарна допомога не може компенсувати відсутність передбачуваного місця проживання, права залишатися у ньому та можливості адаптувати житло до функціональних потреб.

### **13.8. Безпекова ситуація стала системним фактором незалежного проживання**

Вплив безпекової ситуації на незалежність зазначили 79,0% опитаних. Для людей старшого віку безпека охоплює не лише ризик обстрілу, але й можливість фізично дістатися до укриття, залишити верхній поверх у разі відключення ліфта, отримати ліки під час тривоги, підтримувати роботу медичного обладнання та евакуюватися без втрати безперервності догляду.

Безпекові заходи, які не враховують функціональних можливостей людей, можуть фактично бути недоступними. Наявність укриття у будівлі чи поблизу не гарантує безпеки, якщо людина не може самостійно спуститися, пройти необхідну відстань або отримати інформацію про небезпеку у доступному форматі.

Таким чином, плани цивільного захисту необхідно інтегрувати з індивідуальними планами соціальної, медичної та евакуаційної підтримки.

### **13.9. Регіональні відмінності вказують на різний рівень накопичених потреб**

У Харківській області зафіксовано вищу частку респондентів зі значними функціональними труднощами — 40,0% проти 15,5% у Дніпропетровській області. Регулярної допомоги потребують відповідно 50,0% і 21,5% опитаних.

У Харківській області також нижчі показники задоволеності:

- медичними послугами — 49,0% проти 80,5%;
- соціальними послугами — 36,0% проти 58,5%;
- підтримкою громади — 33,5% проти 55,0%;
- сімейною підтримкою — 53,5% проти 70,0%.

Труднощі з доступом до медичних послуг зазначили 32,5% опитаних у Харківській області проти 14,5% у Дніпропетровській.

Ці розбіжності слід інтерпретувати обережно: вибірка Харківської області містить більшу частку людей із функціональними труднощами, тому частина відмінностей може бути пов'язана зі складом опитаних. Водночас сукупність результатів свідчить про більше навантаження на людей і системи підтримки в Харківській області, що узгоджується з тривалішим та інтенсивнішим впливом бойових дій.

Регіональні відмінності не означають, що ситуація у Дніпропетровській області є задовільною. В обох областях залишаються значні прогалини у домашньому догляді, транспорті, адаптації житла, соціальній участі та підтримці людей, які живуть самі.

### **13.10. Жодна форма проживання сама по собі не гарантує незалежності**

Дослідження охопило людей, які проживають у власному житлі, місцях тимчасового проживання, транзитних центрах і закладах довгострокового догляду. Аналіз показує, що якість проживання визначається не лише типом приміщення, а можливістю вибору, приватністю, безпекою, доступом до послуг і перспективою змінити житлову ситуацію.

Власне житло може підтримувати автономію, але водночас бути недоступним, пошкодженим або ізольованим від транспорту та послуг. Місце тимчасового проживання може забезпечити базову безпеку, але тривале перебування без плану переходу створює залежність і невизначеність. Транзитний центр є необхідною кризовою ланкою, проте не повинен ставати довгостроковим рішенням. Заклад довгострокового догляду може забезпечувати постійну допомогу, але часто обмежує приватність, вибір і контроль над повсякденним життям.

Отже, політика має оцінювати не лише формальну назву житла, а його фактичні характеристики:

- чи обрала людина це місце;
- чи має вона приватний простір;
- чи може визначати розпорядок дня;
- чи може підтримувати стосунки та приймати відвідувачів;
- чи доступні їй послуги у громаді;
- чи може вона змінити місце проживання;
- чи має індивідуальний план підтримки;
- чи поважають її рішення та правосуб'єктність.

### **13.11. Формальна та неформальна підтримка доповнюють одна одну, але не є взаємозамінними**

Найважливішими ресурсами незалежності респонденти називали дохід, медичну допомогу, підтримку родини, соціальні послуги, друзів і сусідів, НУО та власні навички.

Наявність кількох джерел підтримки підвищує стійкість людини. Якщо допомога родини тимчасово недоступна, її можуть частково компенсувати соціальний працівник, сусіди, волонтери або мобільна бригада. Проте неформальна підтримка не повинна використовуватися як підстава для відмови у професійних послугах.

Родичі, особливо жінки, часто виконують значний обсяг неоплачуваного догляду без навчання, перепочинку та психологічної підтримки. Сусідська і волонтерська допомога є важливою, але залежить від доброї волі та доступності конкретних людей. Тому професійний догляд, медична допомога, реабілітація і кризове реагування мають гарантуватися системою.

## 13.12. Основна системна прогалина — фрагментованість підтримки

Люди старшого віку потребують одночасної взаємодії із системами соціального захисту, охорони здоров'я, реабілітації, житлової політики, транспорту та цивільного захисту. Наразі ці системи переважно працюють паралельно.

Людина або її родина змушені самостійно:

- визначати, до якої установи звернутися;
- повторно пояснювати ситуацію різним фахівцям;
- збирати документи;
- організовувати транспорт;
- шукати недержавну допомогу;
- координувати медичні й соціальні послуги;
- планувати подальший догляд.

Для людей із когнітивними, сенсорними або мобільнісними труднощами такий маршрут може бути практично непрохідним. Тому центральною організаційною зміною має стати інтегроване ведення випадку, коли одна відповідальна особа координує оцінювання, формує план підтримки, організовує направлення та перевіряє, чи фактично отримала людина необхідні послуги.

## 13.13. Підсумковий висновок

Право людей старшого віку на самостійне проживання не може бути реалізоване через одну програму, виплату або послугу. Воно залежить від узгодженої екосистеми підтримки, яка поєднує дохід, житло, здоров'я, догляд, доступність, безпеку, соціальні зв'язки й можливість брати участь у рішеннях.

Найбільшою загрозою є не сам по собі вік або інвалідність, а накопичення бар'єрів без своєчасної відповіді. Особливої уваги потребують люди зі значними функціональними труднощами, люди віком 80 років і старше, самотні люди, ВПО та родини з виснаженими доглядальниками.

Дослідження демонструє чіткий суспільний запит на перехід від реактивної моделі, яка відповідає на кризу направленням до закладу, до превентивної моделі, яка підтримує людину у вибраному нею середовищі. Основними складовими такого переходу мають стати раннє виявлення потреб, інтегроване ведення випадку, домашні й мобільні послуги, доступне житло, підтримка доглядальників, стабільне фінансування та обов'язкова участь самих людей старшого віку у формуванні політики.

## 14. Практичні рекомендації

### 14.1. Загальний підхід до впровадження рекомендацій

Рекомендації дослідження спрямовані на перехід від реактивної моделі, за якої допомога надається після втрати людиною спроможності жити самостійно, до превентивної моделі. У такій моделі потреби виявляються на ранньому етапі, а підтримка надається до того, як відсутність догляду, житла або доходу призведе до кризи чи інституціалізації.

Усі програми для людей старшого віку мають ґрунтуватися на таких принципах:

- повага до вибору, волі та вподобань людини;
- оцінювання індивідуальних потреб замість орієнтації лише на формальний статус;
- пріоритет підтримки за місцем проживання;
- доступність послуг незалежно від форми житла;
- інтеграція соціальних, медичних, реабілітаційних і житлових заходів;
- недискримінація за віком, інвалідністю, статусом ВПО або сімейним становищем;
- підтримка родинних доглядальників;

- участь людей старшого віку у плануванні та оцінюванні програм;
- забезпечення безперервності підтримки під час переміщення, евакуації та зміни місця проживання;
- регулярний моніторинг результатів для людини, а не лише кількості наданих послуг.

*«Головне — не вирішувати за нас. Запитати, що людина ще може робити сама, і підтримати саме це» [Учасниця 7, жіноча ФГД, Дніпропетровська область].*

## 14.2. Пріоритетні рекомендації

| №  | Пріоритетна рекомендація                                                          | Обґрунтування результатами дослідження                                                                           | Основні відповідальні сторони                                                        | Орієнтовний строк |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1  | Запровадити інтегроване оцінювання потреб і ведення випадку                       | 35,8% потребують регулярної допомоги; підтримка залишається фрагментованою                                       | Обласні та місцеві органи соціального захисту, надавачі соціальних і медичних послуг | 0–12 місяців      |
| 2  | Розширити домашні та мобільні послуги                                             | 58,8% віддають перевагу проживанню вдома з підтримкою; 47,8% потребують медичних послуг удома                    | Громади, центри надання соціальних послуг, заклади охорони здоров'я, НУО             | 0–24 місяці       |
| 3  | Запровадити системну підтримку родинних доглядальників                            | Значна частина догляду забезпечується родичами; 85,5% турбує питання майбутнього догляду                         | Соціальні служби, медичні заклади, НУО                                               | 0–18 місяців      |
| 4  | Розвивати стабільні та доступні житлові рішення                                   | Житлова нестабільність особливо впливає на ВПО, самотніх людей і людей з інвалідністю                            | Обласна та місцева влада, житлові органи, донори                                     | 1–3 роки          |
| 5  | Розширити соціальний транспорт і супровід                                         | 30,0% назвали транспорт бар'єром, 50,8% мають труднощі з пересуванням поза житлом                                | Громади, транспортні оператори, соціальні служби                                     | 0–24 місяці       |
| 6  | Створити програму адаптації житла і повного забезпечення допоміжними засобами     | 32,8% не завжди відчувають безпечно вдома; люди з функціональними труднощами значно частіше потребують адаптації | Громади, органи соціального захисту, НУО, донори                                     | 0–3 роки          |
| 7  | Розвивати підтримане проживання як альтернативу інтернатним закладам              | 11,0% віддають перевагу підтриманому проживанню, лише 6,0% — закладу довгострокового догляду                     | Обласна влада, громади, НУО, недержавні надавачі                                     | 1–4 роки          |
| 8  | Запровадити індивідуальні плани виходу з тимчасового та інституційного проживання | Тривале тимчасове розміщення створює залежність і невизначеність                                                 | Адміністрації місць проживання, соціальні служби, житлові органи                     | 0–18 місяців      |
| 9  | Посилити економічну безпеку людей старшого віку                                   | 91,3% потребують фінансової підтримки; 77,8% назвали брак коштів бар'єром                                        | Центральна та місцева влада, служби зайнятості, НУО                                  | Постійно          |
| 10 | Забезпечити доступну інформацію та участь у прийнятті рішень                      | Люди старшого віку мають труднощі з цифровими процедурами та недостатньо залучені до планування                  | Органи влади, надавачі послуг, НУО                                                   | 0–12 місяців      |

| №  | Пріоритетна рекомендація                                                         | Обґрунтування результатами дослідження                                                                          | Основні відповідальні сторони                                  | Орієнтовний строк |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|
| 11 | Інтегрувати потреби людей старшого віку у плани цивільного захисту               | 79,0% зазначили безпекову ситуацію як бар'єр                                                                    | ОВА, громади, ДСНС, соціальні та медичні служби                | Негайно           |
| 12 | Створити систему моніторингу незалежного проживання і ризику інституціоналізації | Наявні адміністративні показники переважно характеризують кількість установ і послуг, а не результат для людини | Обласні та місцеві органи влади, НУО, дослідницькі організації | 0–18 місяців      |

## 14.3. Рекомендації для центральних органів державної влади

### 1. Розробити єдиний міжвідомчий механізм підтримки незалежного проживання

Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я, Міністерству розвитку громад та територій та іншим відповідальним органам доцільно затвердити узгоджений маршрут підтримки людини старшого віку. Він має охоплювати:

- первинне виявлення потреб;
- функціональне оцінювання;
- оцінювання житлових умов;
- визначення потреби у соціальних, медичних і реабілітаційних послугах;
- призначення відповідального кейс-менеджера;
- формування індивідуального плану;
- періодичний перегляд достатності підтримки;
- кризове реагування без автоматичного направлення до закладу.

Оцінювання має враховувати не лише діагноз або групу інвалідності, але й функціональні труднощі, здатність виконувати повсякденні дії, безпечність житла, наявність доглядальника, соціальні зв'язки та бажану форму проживання.

### 2. Забезпечити фінансування послуг за принципом «кошти йдуть за людиною»

Фінансування має підтримувати індивідуальний пакет послуг незалежно від того, хто є їх надавачем — комунальна установа, НУО, благодійна організація, фізична особа — надавач соціальних послуг або приватний ліцензований провайдер.

Необхідно уникати ситуації, коли стаціонарне утримання фінансується гарантовано, тоді як домашній догляд, підтримане проживання або перепочинок залежать від короткострокового проєкту чи залишкового фінансування.

### 3. Встановити гарантії від необґрунтованої інституціоналізації

Направлення до закладу довгострокового догляду не повинно здійснюватися виключно через:

- вік;
- інвалідність;
- відсутність родичів;
- статус ВПО;
- втрату житла;
- низький дохід;
- відсутність послуги у конкретній громаді.

До прийняття рішення мають бути документально розглянуті альтернативи: домашня підтримка, посилений догляд, кризова послуга, перепочинок для родини, підтримане проживання, соціальна оренда або переїзд ближче до родичів за бажанням людини.

#### **4. Розширити державне регулювання підтриманого проживання та адаптації житла**

Необхідно забезпечити практичне застосування державних стандартів через:

- типові місцеві порядки;
- методики розрахунку вартості послуг;
- вимоги до малих житлових одиниць;
- механізми контролю якості;
- фінансову підтримку громад;
- підготовку персоналу;
- незалежний моніторинг дотримання прав мешканців.

Підтримане проживання не повинно відтворювати інтернатну модель у меншій будівлі. Людина має зберігати приватність, контроль над розпорядком дня, доступ до громади та право змінити надавача або місце проживання.

#### **5. Переглянути політику доходів і працевлаштування людей віком 50+**

Разом із пенсійною та соціальною підтримкою необхідно розвивати:

- адаптоване працевлаштування;
- короткі практичні навчальні програми;
- офлайн-доступ до програм зайнятості;
- соціальне підприємництво;
- мікрогранти без надмірно складних цифрових процедур;
- часткову зайнятість і гнучкий графік;
- стимули для роботодавців, які працевлаштовують людей старшого віку.

### **14.4. Рекомендації для обласної та місцевої влади**

#### **1. Запровадити регіональні програми незалежного проживання**

У Дніпропетровській і Харківській областях доцільно затвердити окремий напрям або підпрограму незалежного проживання людей старшого віку. Програми мають містити:

- перелік цільових груп;
- оцінку кількості потенційних отримувачів;
- мінімальний пакет послуг;
- визначених виконавців;
- щорічне бюджетне фінансування;
- механізми міжмуніципальної співпраці;
- залучення недержавних надавачів;
- показники результатів.

Пріоритетними групами мають бути люди зі значними функціональними труднощами, люди віком 80 років і старше, самотні люди, ВПО та особи, які перебувають у місцях тимчасового або інституційного проживання.

#### **2. Створити систему раннього виявлення ризику втрати незалежності**

Соціальні служби мають проводити проактивне виявлення людей, які можуть потребувати підтримки, через:

- сімейних лікарів;
- соціальних працівників;
- мобільні бригади;
- старост та органи самоорганізації населення;
- аптеки;
- ветеранські й волонтерські організації;
- НУО;
- адміністраторів місць тимчасового проживання.

Пріоритетне оцінювання варто пропонувати людям віком 80 років і старше, людям, які живуть самі, та особам після госпіталізації, травми, евакуації або втрати доглядальника.

### **3. Запровадити єдиного кейс-менеджера**

Людина з комплексними потребами повинна мати одного визначеного фахівця, який:

- пояснює права і доступні послуги;
- допомагає оформити документи;
- координує соціальну, медичну й реабілітаційну допомогу;
- організовує транспорт;
- контактує з житловими службами;
- перевіряє фактичне отримання допомоги;
- переглядає план у разі зміни стану людини.

Кейс-менеджмент особливо важливий для ВПО, людей із когнітивними труднощами, самотніх осіб і родин, у яких одна людина забезпечує постійний догляд.

### **4. Забезпечити соціальний транспорт як базову послугу**

Соціальний транспорт має забезпечувати не лише перевезення, але й допомогу від дверей житла до місця отримання послуги. Необхідно передбачити:

- попереднє замовлення телефоном;
- можливість регулярних поїздок;
- транспорт для людей, які користуються кріслами колісними;
- допомогу під час посадки;
- супровід до кабінету;
- пріоритет для медичних і реабілітаційних поїздок;
- обслуговування людей у місцях тимчасового проживання.

### **5. Створити місцеві фонди адаптації житла**

Програми адаптації повинні охоплювати власне, орендоване, соціальне і тимчасове житло. Фінансування може спрямовуватися на:

- встановлення поручнів і пандусів;
- усунення порогів;
- адаптацію санвузлів;
- покращення освітлення;
- протиковзкі покриття;
- ремонт дверей і вікон;
- встановлення засобів екстреного виклику;
- резервне живлення критично необхідного обладнання;
- дрібний ремонт, необхідний для безпечного проживання.

Оцінювання має проводитися вдома за участю самої людини, а не лише на основі документів.

## **6. Підтримати міжмуніципальне надання послуг**

Невеликі громади можуть не мати ресурсів для створення всіх необхідних послуг. Тому доцільно використовувати:

- спільні мобільні бригади;
- міжмуніципальний соціальний транспорт;
- регіональні служби перепочинку;
- спільні центри денного догляду;
- закупівлю послуг у недержавних надавачів;
- обласне співфінансування послуг, які обслуговують декілька громад.

## **14.5. Рекомендації для соціальних і медичних служб**

### **1. Створити інтегровані домашні команди**

До складу команди залежно від потреб людини можуть входити:

- соціальний працівник;
- медична сестра;
- сімейний лікар;
- фізичний терапевт або інший реабілітаційний фахівець;
- психолог;
- соціальний транспорт;
- фахівець із допоміжних засобів;
- кейс-менеджер.

Для кожної людини має формуватися один узгоджений план, а не декілька не пов'язаних між собою планів різних установ.

### **2. Забезпечити перехідну підтримку після лікарні**

Виписка після госпіталізації є критичним моментом, коли людина може тимчасово втратити частину функціональної спроможності. Перед випискою необхідно оцінити:

- чи може людина безпечно повернутися додому;
- чи потрібні допоміжні засоби;
- чи необхідна адаптація житла;
- хто допомагатиме у перші тижні;
- чи потрібні домашні медичні та реабілітаційні візити;
- чи має людина ліки та можливість їх отримувати;
- чи не виник ризик направлення до закладу через відсутність тимчасової допомоги.

### **3. Розвивати мобільну реабілітацію**

Люди, які не можуть дістатися до реабілітаційного закладу, не повинні автоматично втрачати доступ до допомоги. Необхідні домашні та виїзні формати, а також навчання людини і доглядальника безпечним рухам, використанню допоміжних засобів і запобіганню падінням.

### **4. Запровадити доступну комунікацію**

Інформація про послуги має надаватися:

- телефоном із можливістю розмови з оператором;
- у друкованому форматі великим шрифтом;
- простою мовою;
- через SMS;
- у текстовому форматі для людей із порушеннями слуху;

- в аудіоформаті;
- через домашні візити;
- через місцеві офлайн-канали.

Надання послуг виключно через мобільний застосунок або електронну форму створює додаткові бар'єри.

## **14.6. Рекомендації щодо підтримки родинних доглядальників**

Родинні доглядальники мають бути визнані окремою цільовою групою соціальної політики. Для них необхідно передбачити:

- оцінювання навантаження та ризику виснаження;
- практичне навчання догляду;
- психологічну підтримку;
- консультації з юридичних і соціальних питань;
- регулярний перепочинок;
- короткостроковий догляд у кризовій ситуації;
- доступ до допоміжних засобів;
- заміну доглядальника на час лікування, роботи або оформлення документів;
- можливість поєднувати догляд із зайнятістю;
- інформацію про всі доступні послуги.

Підтримка доглядальника одночасно є заходом запобігання інституціалізації людини, за якою він або вона доглядає.

## **14.7. Рекомендації щодо житла і різних форм проживання**

### **Для людей у власному житлі**

- забезпечити домашні та мобільні послуги;
- проводити оцінювання безпеки житла;
- фінансувати адаптацію і дрібний ремонт;
- створювати мережу регулярного контакту для самотніх людей;
- забезпечити соціальний транспорт та екстрений виклик.

### **Для мешканців місць тимчасового проживання**

- дозволити отримання домашніх соціальних послуг за місцем фактичного проживання;
- проводити оцінювання функціональних потреб;
- забезпечувати доступні санвузли та маршрути;
- призначати кейс-менеджера;
- готувати індивідуальний план переходу до стабільного житла;
- не допускати автоматичного направлення до інтернату після закриття місця проживання.

### **Для людей у транзитних центрах**

- проводити первинне медико-соціальне оцінювання;
- визначати потребу в ліках, засобах мобільності й догляді;
- відновлювати документи;
- передавати інформацію визначеному кейс-менеджеру у громаді призначення;
- уникати повторного опитування людини без потреби;
- забезпечувати супровід до наступного місця проживання.

Для мешканців закладів довгострокового догляду

- проводити індивідуальне оцінювання волі, потреб і можливостей переходу;
- забезпечити незалежне інформування про альтернативи;
- розробляти план переходу до громади;
- надавати можливість випробувати підтримане проживання;
- зберігати підтримку після виходу із закладу;
- здійснювати моніторинг через 3, 6 і 12 місяців;
- не переводити людей до іншого закладу замість забезпечення життя у громаді.

## **14.8. Рекомендації для HelpAge International та інших неурядових організацій**

### **1. Пілотувати модель інтегрованої домашньої підтримки**

Доцільно розробити пілотний пакет, який поєднуватиме:

- кейс-менеджмент;
- домашні візити соціального працівника;
- базову медсестринську допомогу;
- мобільну реабілітацію;
- психологічну підтримку;
- адаптацію житла;
- соціальний транспорт;
- перепочинок для доглядальника.

Пілот має передбачати оцінювання змін у самостійності, безпеці, достатності підтримки та ризику направлення до закладу.

### **2. Створити програму переходу від тимчасового до стабільного проживання**

Програма для ВПО старшого віку може включати:

- житловий кейс-менеджмент;
- юридичний супровід;
- субсидування оренди;
- допомогу в пошуку доступного житла;
- адаптацію орендованого приміщення;
- супровід під час переїзду;
- підключення до соціальних і медичних послуг;
- відновлення соціальних зв'язків у новій громаді.

### **3. Підтримати розвиток спроможності місцевих НУО**

Необхідно допомагати організаціям:

- реєструватися як надавачі соціальних послуг;
- впроваджувати державні стандарти;
- розраховувати вартість послуг;
- брати участь у соціальному замовленні;
- запроваджувати захист від насильства та експлуатації;
- забезпечувати конфіденційність;
- здійснювати моніторинг якості;
- готуватися до місцевого бюджетного фінансування.

### **4. Поєднувати матеріальну допомогу з довгостроковою підтримкою**

Кожен контакт під час надання грошової, продуктової або іншої матеріальної допомоги може використовуватися для добровільного виявлення людей із високим ризиком:

- функціонального погіршення;
- соціальної ізоляції;
- відсутності догляду;
- небезпечного житла;
- втрати документів;
- інституціалізації.

Людині має пропонуватися подальше оцінювання і супровід, але без примусу та без ризику втратити матеріальну допомогу в разі відмови.

#### 5. Підтримувати адвокацію на основі даних

HelpAge International та партнерські організації можуть використовувати результати дослідження для:

- внесення змін до обласних і місцевих програм;
- обґрунтування бюджетів домашніх послуг;
- адвокації соціального транспорту;
- розвитку підтриманого проживання;
- запровадження перепочинку для доглядальників;
- захисту прав мешканців інтернатних закладів;
- включення людей старшого віку до планів відновлення й цивільного захисту.

## 14.9. Рекомендації для донорів і гуманітарних організацій

Донорам доцільно переходити від фінансування короткострокових окремих заходів до багаторічної підтримки моделей, які можуть бути інтегровані у місцеві системи.

Пріоритетними напрямками фінансування мають бути:

- домашні та мобільні послуги;
- підтримане проживання;
- адаптація житла;
- соціальний транспорт;
- житлові рішення для ВПО;
- підтримка доглядальників;
- підготовка місцевих надавачів;
- цифрові та офлайн-системи ведення випадку;
- незалежний моніторинг деінституціалізації;
- участь організацій людей з інвалідністю і людей старшого віку.

Кожен проєкт має містити план сталості: передачу послуги місцевому надавачу, співфінансування, соціальне замовлення або включення до місцевої програми.

## 14.10. Рекомендації для інформаційної та адвокаційної роботи

Адвокаційні повідомлення мають змінювати сприйняття старості, інвалідності та догляду. Основні повідомлення можуть бути сформульовані так:

- потреба у допомозі не позбавляє людину права на незалежність;
- інтернат не є автоматичною відповіддю на вік, інвалідність або відсутність житла;
- підтримка вдома є інвестицією у гідність, безпеку та участь людини;
- родинний догляд потребує державної і громадської підтримки;
- тимчасове проживання повинно мати шлях до стабільного житла;
- люди старшого віку мають бути учасниками, а не лише отримувачами програм;
- доступність має оцінюватися за повним маршрутом від житла до послуги;

- незалежне проживання є правом людини, а не винагородою за фізичну самодостатність.

Комунікаційні кампанії необхідно проводити не лише онлайн. Доцільно використовувати телебачення, радіо, телефонні лінії, друковані матеріали, аптеки, медичні заклади, соціальних працівників, органи самоорганізації населення та місцеві громадські організації.

### 14.11. Поетапна дорожня карта

| Етап                           | Основні дії                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Негайний: 0–6 місяців          | Визначити відповідальних координаторів; створити міжвідомчі робочі групи; розпочати виявлення людей високого ризику; забезпечити доступ послуг до місць тимчасового проживання; включити людей старшого віку до планів евакуації; розробити пілот інтегрованої домашньої підтримки |
| Короткостроковий: 6–18 місяців | Запровадити кейс-менеджмент; розширити соціальний транспорт; створити послуги перепочинку; запустити місцеві програми адаптації житла; затвердити індивідуальні плани виходу з тимчасового проживання; розпочати соціальне замовлення                                              |
| Середньостроковий: 1–3 роки    | Масштабувати домашні та мобільні послуги; створити підтримане проживання; розширити соціальну оренду; забезпечити міжмуніципальні послуги; інтегрувати показники незалежного проживання до регіональних програм                                                                    |
| Довгостроковий: 3–5 років      | Трансформувати систему інтернатного догляду; перенаправити частину фінансування на послуги у громаді; забезпечити сталі житлові рішення; створити повну систему моніторингу переходу від інституційного до незалежного проживання                                                  |

### 14.12. Запропоновані показники моніторингу

Для оцінювання виконання рекомендацій пропонується використовувати такі показники:

- частка людей високого ризику, які мають індивідуальний план підтримки;
- частка людей, які отримали необхідну послугу у визначений строк;
- середній строк очікування домашнього догляду;
- кількість отримувачів мобільної медичної та реабілітаційної допомоги;
- кількість доглядальників, які отримали перепочинку;
- кількість адаптованих помешкань;
- кількість людей, охоплених соціальним транспортом;
- кількість місць підтриманого проживання;
- кількість мешканців тимчасових центрів, які перейшли до стабільного житла;
- кількість людей, які перейшли із закладів до життя у громаді;
- частка таких людей, які продовжують проживати у громаді через 6 і 12 місяців;
- частка отримувачів, які вважають підтримку достатньою;
- частка людей, які повідомляють про можливість самостійно ухвалювати повсякденні рішення;
- частка місцевих видатків, спрямована на послуги у громаді;
- кількість програм і нормативних актів, розроблених за участю людей старшого віку;
- кількість і характер скарг щодо примусового розміщення, недоступності та порушення приватності.

Цільові значення доцільно встановлювати після формування адміністративної базової лінії. При цьому головним критерієм успішності має бути не формальна кількість створених послуг, а те, чи дозволили вони людям зберегти вибір, безпеку, гідність і контроль над власним життям.



**HelpAge International — це глобальна мережа організацій, що відстоює право всіх людей старшого віку на гідне, здорове й безпечне життя.**

**Подяки:**

Особлива подяка людям похилого віку в Україні, які приділили свій час для участі в інтерв'ю та фокус-групах.

Ми також висловлюємо подяку представникам організацій громадянського суспільства та посадовим особам, які брали участь в опитуванні та поділилися своїми цінними думками.

Ми вдячні команді i-APS за проведення цього дослідження, професійну експертизу та ґрунтовну роботу.

Дослідження стало можливим завдяки щедрій підтримці Федерального міністерства економічного співробітництва та розвитку Німеччини (BMZ), Aktion Deutschland Hilft та HelpAge Deutschland.

## **КОМПЛЕКСНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОТРЕБ, ПЕРЕШКОД ТА ПЕРЕДУМОВ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ПРОЖИВАННЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ (ВІКОМ 50+ ТА 60+) У ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ ТА ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТЯХ**

Видано  
HelpAge International PO Box  
78840, Лондон SE1P 6QR,  
Велика Британія  
Тел. +44 (0)20 7278 7778  
info@helpage.org  
[www.helpage.org](http://www.helpage.org)

Благодійна організація № 288180

Фото обкладинки: Катя Москалюк / HelpAge International



HelpAgeinUkraine



@HelpAge



@helpageint/



HelpAge International



helpage

Авторські права © HelpAge International 2026

Будь-яка частина цієї публікації може бути відтворена без дозволу для некомерційних й освітніх цілей. Будь ласка, вкажіть HelpAge International, надішліть нам копію або посилання.