ТИ ЯК?

Всеукраїнська програма
ментального здоров'я
за ініціативою Олени Зеленської

ПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ОСІБ СТАРШОГО ВІКУ

В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Практичний
посібник для фахівців

(координаторів проєктів у громадах,
психологів, соціальних працівників
та управлінців)



Координаційний центр
з психічного здоров'я
Кабінету Міністрів України

БЕЗБАР'ЄРНІСТЬ
громадська організація

ТИ ЯК? Всеукраїнська програма ментального здоров'я за ініціативою Олени Зеленської

Розроблено громадською організацією
«Безбар'єрність» – імплементаційним партнером
Всеукраїнської програми ментального здоров'я
«Ти як?» за ініціативою Олени Зеленської,
що впроваджується за підтримки ВООЗ.
Експертна підтримка – Координаційний
центр з психічного здоров'я
Кабінету Міністрів України

Упорядники: Юлія Мазур, Анна Соколенко, Любов Чигринська, Інна Чистенко, Ірина Абрамова, Сергій Дружинін, Юлія Казакова, Жанна Сидоренко, Лариса Підвербецька, Світлана Шпак

World Health Organization
Ukraine

Координаційний центр
з психічного здоров'я
Кабінету Міністрів України

БЕЗБАР'ЄРНІСТЬ
громадська організація

ЗМІСТ

ВСТУП 6

ЧАСТИНА І. КОНТЕКСТ ТА ОСНОВИ 8

РОЗДІЛ 1. Специфіка цільової групи 60+ 12

1.1 Демографічний та соціальний профіль 8
1.2 Психологічний профіль покоління 9
1.3 Накопичення втрат у людей старшого віку у воєнний час 10
1.4 Самотність як ключовий чинник ризику 12
1.5 Теоретичні засади психологічної стійкості 14
1.6 Доглядальники – невидима цільова група 15
1.7 Зайнятість та економічна активність як чинники психологічної стійкості 15

РОЗДІЛ 2. Доказова база 17

2.1 Провідні теоретичні концепції 17
2.2 Ключові дослідження 21

РОЗДІЛ 3. Міжнародні підходи та перспективні практики 25

3.1 Активне довголіття у Фінляндії 25
3.2 Міжсекторальна протидія самотності у Великій Британії 26
3.3 Підтримка в умовах тривалої загрози в Ізраїлі 27
3.4 Довгострокове відновлення та допомога на рівні громади в Боснії і Герцеговині 28
3.5 Ікіґай, соціальна участь і значущі ролі в Японії 28
3.6 Оцінювання політик та інтегровані формати підтримки в Канаді 29
3.7 Стандартизовані програми та практичні настанови у США 30
3.8 Системна профілактика ризиків у Швеції 30
3.9 Багатопоколінні центри та принципи SOC у Німеччині 31

ЧАСТИНА II. СТРАТЕГІЧНИЙ ТА ОПЕРАЦІЙНИЙ РІВНІ 32

РОЗДІЛ 4. Архітектура системи підтримки 32

4.1 Взаємний обмін в екосистемі «Ти як?» 32
4.2 П’ять рівнів підтримки 33
4.3 Аналіз прогалин 35
4.4 Система моніторингу та оцінювання 38
4.5 Адаптація Центрів життєстійкості для аудиторії 60+ 40
4.6 Рекомендації для державного рівня 41
4.7 Міжсекторальна координація 44
4.8 Фінансування програм підтримки 60+ 45
4.9 Публічна комунікація та протидія стигмі 48

РОЗДІЛ 5. Запуск програми 52

5.1 Вивчення потреб громади протягом перших 90 днів 52
5.2 Вибір моделі програми та перевірка її життєздатності 56
5.3 Ключові ролі та розподіл відповідальності членів команди програми 60
5.4 Підготовка та підтримка команди 62
5.5 Супервізія та профілактика вигорання команди 64
5.6 Соціальне замовлення як механізм залучення НУО 65
5.7 Залучення та утримання учасників програми 66
5.8 Формати роботи з людьми 60+ 69
5.9 Партнерство з роботодавцями щодо підтримки зайнятості людей 60+ 81
5.10 Практичні формати підтримки родинних доглядальників 83

ЧАСТИНА III. ПРАКТИЧНА РОБОТА 83

РОЗДІЛ 6. Протоколи роботи з людьми 60+ 85
6.1 Протокол та принципи першого контакту 85
6.2 Покроковий алгоритм домашнього візиту 88
6.3 Структура першої сесії (~50 хвилин) 90
6.4 Алгоритм стабілізації в гострому дистресі 90

6.5 Ознаки станів, які потребують розмежування та скерування 91
6.6 Психологічні техніки для підготовлених фахівців 92
6.7 Робота з горем та втратами 94
6.8 Алгоритм оцінки суїцидального ризику 98
6.9 Кризова інтервенція 99
6.10 Орієнтовна структура групових зустрічей (8 сесій) 100
6.11 Алгоритми реагування на складну поведінку при деменції (пам'ятка для доглядальників) 101
6.12 Самодопомога фахівця 103
6.13 Ознаки та системна профілактика вигорання команди 104

РОЗДІЛ 7. Інструменти скринінгу та оцінки 105

7.1 Загальні принципи скринінгу 105
7.2 Орієнтовний огляд інструментів 106
7.3 Депресія та тривога 107
7.4 Самотність 108
7.5 Когнітивні функції 109
7.6 Функціональна незалежність (Barthel Index) 109
7.7 Коли можна розглянути певний інструмент 110
7.8 Алгоритм маршрутизації 111

ЗАМІСТЬ ВИСНОВКУ 113

ДОДАТКИ 114

ДОДАТОК А. Геріатрична шкала депресії GDS-15 115

ДОДАТОК Б. Трипунктова шкала самотності (TILS) 117

ДОДАТОК В. Ключові ресурси та контакти 118

ДОДАТОК Г. Шаблон щомісячного звіту координатора 119

ДОДАТОК Д. Карта партнерів – шаблон для вашої громади 120

ДОДАТОК Е. Логічна рамка LFA – зразок для грантової заявки 121

ДОДАТОК Ж. Кейс Чернігівської області щодо соціально-психологічної адаптації людей 60+ 123

ДОДАТОК З. Кейс Агропромхолдингу «Астарта-Київ» з упровадження культури активного довголіття 124

ДОДАТОК І. Протокол групового заняття «Подолання самотності через соціальні зв'язки» 125

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ ТА АБРЕВІАТУР 128

ГЛОСАРІЙ КЛЮЧОВИХ ТЕРМІНІВ 130

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 133

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ 142

ВСТУП

Цей посібник підготовлено в межах наукового супроводу Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?», ініційованої Першою леді України Оленою Зеленською. Повномасштабна війна поглибила наявні труднощі та створила нові виклики для психічного здоров'я людей в Україні. Їх подолання потребує послідовної й тривалої роботи, яка враховуватиме потреби різних груп населення.

Люди старшого віку особливо гостро відчувають наслідки війни, однак їхні потреби не завжди належно враховують у системі психосоціальної підтримки. Діти та підлітки можуть отримувати допомогу через заклади освіти, дорослі працездатного віку – через програми на робочому місці та Центри життєстійкості, ветерани й ветеранки – через спеціалізовані сервіси. Натомість для людей старшого віку бракує цільових програм, фахівців, підготовлених до роботи з особливостями старшого віку, а їхні потреби залишаються недостатньо помітними в суспільному та професійному просторі.

Статистика світових та українських реалій

- До 2030 року кожна шоста людина у світі буде віком 60 років або старше (ВООЗ, 2025).
- Приблизно 14 % людей віком 60+ живуть із психічними розладами; найпоширенішими є депресія та тривожні розлади (ВООЗ, 2025).
- Самотність і соціальна ізоляція належать до ключових чинників ризику погіршення психічного здоров'я у старшому віці (ВООЗ, 2025).
- В Україні близько 9,6 млн людей мають ризик розвитку психічного розладу або живуть із ним (ВООЗ, 2024).
- Станом на січень 2026 року в Україні проживає 10,2 млн пенсіонерів, із них 72,8 % отримують пенсію за віком (ПФУ, 2026).
- 63 % українців віком 60+ повідомили, що війна негативно вплинула на їхнє психічне здоров'я (HelpAge International, 2025).
- 41 % українців повідомляли про потребу в психологічній допомозі, але лише 7 % зверталися до фахівців (Gradus Research, 2025).

Посібник поєднує здобутки геронтопсихології, дані досліджень психічного здоров'я українців під час війни та практичний досвід реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?» на різних рівнях – від індивідуального до державного. Він пропонує наскрізний підхід до підтримки психічного здоров'я людей старшого віку в межах континууму від профілактики до кризових інтервенцій, об'єднуючи практичні інструменти, управлінські рішення та стратегічні рамки в єдину систему.

Логіка побудови посібника «від загального до конкретного»: від розуміння особливостей людей старшого віку через організацію системи підтримки до практичних інструментів щоденної роботи. Кожна з трьох частин містить відповідь на окреме запитання.

Частина I «Контекст та фундамент» (розділи 1–3) відповідає на питання: «Хто ця аудиторія і що про неї знає наука?». У ній представлено демографічний і психологічний профіль людей 60+, доказову базу ефективних підходів та міжнародний досвід, значущий для воєнної і повоєнної України.

Частина II «Стратегічний та операційний рівні» (розділи 4–5) відповідає на питання: «Як вибудувати систему?». У ній розглянуто архітектуру підтримки, аналіз прогалин, моделі фінансування, формування команди, формати активностей і комунікацію з аудиторією.

Частина III «Практична робота» (розділи 6–7) відповідає на питання: «Як безпосередньо працювати з людьми?». Вона містить протоколи встановлення контакту, підходи до роботи з горем і кризовими станами, інструменти оцінки ризику та алгоритм маршрутизації. Додатки містять готові до використання шаблони, шкали, кейси українських програм (Чернігівська область, «Астарта»), зразок логічної рамки для грантових заявок та детальний план групового заняття.

Нижче наведено розподіл фахівців, для яких призначено цей посібник, їхніх ролей та основних розділів.

АУДИТОРІЯ	РОЛЬ	ОСНОВНІ РОЗДІЛИ
Держсектор, донори, особи, які формують політику та ухвалюють рішення	Формують політику, розподіляють ресурси, ухвалюють рішення	2, 3, 4 (стратегічний блок), аналіз прогалин
Координатори програм та управлінці громад	Запускають або керують програмою підтримки 60+ у Центрі життєстійкості, НУО, територіальному центрі, громаді	4, 5, Дод. I (Чернігів), Дод. K (Астарта)
Психологи та соціальні працівники	Безпосередньо працюють з людьми 60+: консультації, домашні візити, групи	6, 7, частково 1

Логіку та практичні рекомендації посібника визначають **три наскрізні принципи:** гідність, участь і вікова інклюзія.

Гідність. Людина старшого віку є суб'єктом власного життя, а не об'єктом опіки. Система підтримки зміцнює її автономію й спирається на її сильні сторони, а не приймає рішення замість неї.

Участь. Ефективні рішення створюються разом із людьми 60+, а не лише для них. Вони можуть долучатися як консультанти, учасники груп взаємопідтримки та рівноправні партнери в розробленні й оцінюванні програм, що їх стосуються.

Вікова інклюзія (антиейджизм). Вік сам собою не визначає можливостей і потенціалу людини. Рішення мають враховувати її індивідуальні потреби, здібності й прагнення, а не ґрунтуватися на вікових стереотипах. Важливо протидіяти як упередженому ставленню з боку інших, так і негативним уявленням про старший вік, які людина могла засвоїти сама.

Ці принципи мають практичні наслідки: вони визначають, як команда проєктує програму, як фахівець будує перший контакт і як людей старшого віку залучають до ухвалення рішень. Далі ці принципи конкретизовано в підходах до оцінювання потреб, безпосередньої роботи з людьми старшого віку та організації підтримки на рівні громади.

Цей посібник не претендує на універсальність. Його мета – запропонувати науково обґрунтовані підходи та практичні інструменти, які фахівець може адаптувати до конкретного контексту. Професійне рішення завжди має враховувати індивідуальні потреби людини, ресурси громади та особливості ситуації.

ЧАСТИНА І. КОНТЕКСТ ТА ОСНОВИ.

Розділи 1–3 утворюють теоретичну основу для всіх трьох аудиторій посібника. Вони відповідають на питання: хто така людина 60+ у воєнній Україні, що про неї знає наука і який міжнародний досвід є найбільш релевантним.

РОЗДІЛ 1. Специфіка цільової групи 60+

Перш ніж проєктувати будь-які втручання, необхідно глибоко розуміти, хто такі люди 60+ у сучасній Україні, чим відрізняється їхній психологічний профіль і яке поєднання чинників ризику робить їх особливо вразливими у воєнний час.

1.1 Демографічний та соціальний профіль

Люди 60+ не є однорідною групою. Їхні потреби визначаються не лише віком, а й станом здоров’я, рівнем самостійності, соціальним оточенням, життєвими обставинами та досвідом війни. У посібнику вжито людиноцентричний термін «люди старшого віку».

Позначення «60+» використано як зручну операційну межу, а не як характеристику однорідної групи.

Для подальшого викладу в посібнику умовно виокремлено три підгрупи людей старшого віку за рівнем самостійності та потребою в підтримці. Цей поділ не пов'язаний безпосередньо з календарним віком і не є сталою класифікацією: становище людини може змінюватися залежно від стану здоров'я, життєвих обставин і доступної допомоги.

ПІДГРУПА	ХАРАКТЕРИСТИКИ
Самостійні та соціально активні	Зберігають самостійність у повсякденному житті; можуть працювати, волонтерити, навчатися, доглядати близьких і брати участь у житті громади
Люди, які частково потребують підтримки	Загалом зберігають самостійність, однак через стан здоров'я, обмежену мобільність, втрати або складні життєві обставини потребують допомоги в окремих сферах життя
Люди з високою потребою в підтримці	Значною мірою залежать від сторонньої допомоги; можуть мати виражені фізичні, сенсорні чи когнітивні порушення, обмежені соціальні контакти або потребувати постійного догляд

На становище людини впливають також обставини, які можуть стосуватися будь-якої з цих підгруп: вимушене переміщення, проживання наодинці, втрата близьких, бідність, соціальна ізоляція, перебування на прифронтовій або тимчасово окупованій території. Тому цей поділ допомагає описати різноманітність цільової групи, але не замінює індивідуального оцінювання і не визначає наперед, якої саме підтримки потребує конкретна людина.

1.2 Психологічний профіль покоління

Люди, яким зараз 60–80 років, дорослішали й набували життєвого досвіду в особливому культурно-історичному контексті. Це могло вплинути на їхнє ставлення до допомоги, державних інституцій, сім'ї, власних потреб і способів переживання труднощів. Наведені нижче характеристики описують можливі покоління тенденції, а не кожну людину цього віку.

ОСОБЛИВІСТЬ ПОКОЛІННЯ	ЩО ЦЕ ОЗНАЧАЄ
Культура стійкості та самозарадності	Багато людей звикли долати труднощі самостійно. Звернення по допомогу може сприйматися як прояв слабкості або вразливості
Недовіра до системи	Досвід радянських інституцій міг сформувати настороженість до державних служб і фахівців
Орієнтація на сім'ю	Благополуччя родини часто ставиться вище за власні потреби
Накопичений досвід втрат і криз	Багато людей пережили війну, Чорнобиль, економічні потрясіння, втрати та інші кризові події
Соматичне переживання стресу	Психоемоційне напруження часто проявляється через тілесні симптоми
Релігійність і духовність	Для багатьох – потужний ресурс і мова для переживання

Розуміння цих особливостей не є набором технік – це радше оптика, крізь яку варто дивитися на будь-яку взаємодію з людиною цього покоління. Конкретні формулювання й прийоми, що випливають із цих особливостей, зібрано в протоколі першого контакту (підрозділ 6.1).

1.3 Накопичення втрат у людей старшого віку у воєнний час

Людина старшого віку у воєнний час може одночасно переживати вікові зміни, наслідки війни, руйнування соціальних зв'язків і складні екзистенційні переживання.
Ці навантаження не просто додаються одне до одного, а можуть взаємно посилювати свій вплив.

Вікові зміни і втрати (погіршення здоров'я, обмеження мобільності, зміни пам'яті, втрата ровесників).

\+ Воєнні втрати (втрата домівки, близьких, звичного середовища та відчуття безпеки).
\+ Руйнування соціальних зв'язків (виїзд дітей, загибель сусідів, розпад звичного кола спілкування, знищення важливих місць).
\+ Екзистенційні переживання (переосмислення прожитого, страх смерті, питання сенсу та майбутнього).

= Поєднання навантажень, яке може потребувати комплексної та індивідуалізованої підтримки.

Це не формула для підрахунку і не опис окремого клінічного стану. Схема допомагає побачити цілісну життєву ситуацію людини: які навантаження вона переживає, як довго вони тривають, як взаємодіють і впливають на повсякденне життя. Водночас важливо враховувати ресурси, що можуть пом'якшувати їхній вплив: підтримку близьких, соціальні зв'язки, життєвий досвід, духовні опори, доступ до послуг і збережену самостійність.

Наприклад, обмеження мобільності саме по собі не обов'язково призводить до істотного погіршення психічного стану. Проте в поєднанні з вимушеним переміщенням, втратою близької людини, самотністю та невизначеністю щодо майбутнього воно може підвищити ризик тривалого дистресу, депресивних проявів, соціальної ізоляції та втрати повсякденної самостійності.

Наслідки накопичених навантажень можуть виявлятися в різних сферах життя. Наведені нижче прояви не є специфічними лише для людей старшого віку і не дають підстав самостійно встановлювати діагноз. Фахівець має з'ясовувати їхні можливі причини та, за потреби, рекомендувати медичне обстеження або спеціалізовану допомогу.

СФЕРА	МОЖЛИВІ ПРОЯВИ
Когнітивна	Труднощі з концентрацією уваги та запам'ятовуванням, сповільнення мислення, нав'язливі спогади
Емоційна	Тривога, пригнічений настрій, емоційне відсторонення, гнів, відчай, мінливість настрою
Соматична	Порушення сну, втома, напруження, біль, задишка, серцебиття або загострення хронічних захворювань
Соціальна	Звуження кола спілкування, ізоляція, недовіра, відчуження або відчуття самотності навіть серед інших
Екзистенційна	Питання про сенс прожитого й майбутнього, страх смерті, втрата життєвих орієнтирів, постійне порівняння теперішнього з минулим

Старіння саме по собі супроводжується поступовими змінами, до яких людина зазвичай має час адаптуватися. Війна порушує цей природний процес, поєднуючи вікові зміни з раптовими втратами, хронічним стресом і руйнуванням звичних соціальних зв'язків. У результаті потреби людей старшого віку суттєво відрізняються від тих, що характерні для мирного часу.

ВИМІР	У ЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ	В УМОВАХ ВІЙНИ
Втрати та психологічні виклики	Переважно поступові та очікувані	Раптові, множинні та взаємопов'язані
Соціальні зв'язки	Поступово звужуються	Можуть швидко руйнуватися через переміщення, втрати та ізоляцію

ВИМІР	У ЗВИЧАЙНИХ УМОВАХ	В УМОВАХ ВІЙНИ
Можливості адаптації	Достатній час для адаптації	Тривалий стрес і необхідність постійної адаптації
Доступ до підтримки	Обмежений, але стабільний	Нерівномірний і залежить від безпекової ситуації
Ризик ПТСР	Помірний	Значно підвищений, часто відстрочений
Соматичні прояви стресу	Характерні для старшого віку	Посилюються під впливом стресу
Життєва ідентичність і ролі	Поступова трансформація	Раптова втрата звичних ролей і життєвих орієнтирів

Саме ця різниця між мирним і воєнним досвідом старіння пояснює, чому стандартні підходи до підтримки людей 60+ часто потребують адаптації, а фахівцю варто закладати час на повторну оцінку стану, а не обмежуватися одноразовою оцінкою.

1.4 Самотність як ключовий чинник ризику

Самотність у старшому віці є не лише емоційним переживанням, а й доведеним чинником ризику для психічного та фізичного здоров'я. В умовах війни її негативний вплив посилюється.

Дослідження свідчать про таке:

- соціальна ізоляція асоціюється з вищою ймовірністю передчасної смерті приблизно на 29 %, а суб'єктивна самотність – на 26 % (Holt-Lunstad et al., 2015);
- за даними систематичного огляду Salari et al. (2025), самотність переживають близько 28 % людей віком 60+, причому найбільш вразливими є жінки та люди, які проживають в інституційних закладах;
- соціальна підтримка є одним із найважливіших чинників, що знижує ризик депресії та пом'якшує наслідки психотравми.

Для ефективної підтримки важливо розрізняти два взаємопов'язані, але не тотожні явища.

Соціальна ізоляція – це об'єктивно обмежена кількість соціальних контактів і взаємодії (наприклад, людина живе сама, рідко спілкується з іншими або має обмежене коло підтримки). Її можна оцінити за кількістю та частотою соціальних зв'язків.

Суб'єктивна самотність – це болісне переживання нестачі значущих стосунків, відчуття відчуження, покинутості або непотрібності. Вона може виникати навіть тоді, коли людина перебуває серед інших людей і має достатню кількість контактів.

Хоча ці стани часто поєднуються, вони не є тотожними й потребують різних акцентів у підтримці. При соціальній ізоляції основний фокус полягає у відновленні соціальних зв'язків і розширенні можливостей для взаємодії. При суб'єктивній самотності цього недостатньо.

Дослідження показують, що самотність змінює сприйняття соціальної взаємодії: людина частіше очікує від інших неприйняття або нерозуміння, уникає контактів, що ще більше посилює відчуття самотності. Тому підтримка має бути спрямована не лише на розширення соціальних зв'язків, а й на відновлення довіри, позитивного досвіду взаємодії та відчуття належності.

У реальному житті самотність може проявлятися по-різному. Для фахівця важливо не лише виявити її наявність, а й зрозуміти, який саме механізм лежить в її основі, адже від цього залежить вибір підтримки. Особливо в умовах війни одна людина може одночасно переживати кілька форм самотності. Нижче наведені поширені форми самотності у людей старшого віку в умовах війни.

ФОРМА САМОТНОСТІ	ЯК ПРОЯВЛЯЄТЬСЯ	НА ЩО ЗВЕРНУТИ УВАГУ
Соціальна ізоляція	Людина майже не має контактів і підтримки	Немає кому зателефонувати або звернутися по допомогу
Емоційна самотність	Людина має контакти, але почувається непотрібною й незрозумілою	«Я нікому не потрібна», «Мене ніхто не розуміє»
Цифрова ізоляція	Людина не користується сучасними засобами зв'язку	Не може підтримувати контакт із близькими чи отримати інформацію
Просторова (через переміщення)	Втрата звичного середовища та громади	Відчуття «я тут чужий / чужа»
Покоління	Родина далеко, контакт не замінює близькості	Регулярне спілкування не зменшує відчуття покинутості
Самотність після втрати	Смерть близьких, відсутність можливості попрощатися	Постійне повернення до теми втрати, відсутність підтримки
Самоізоляція («покоління тиші»)	Людина приховує свої переживання, щоб не обтяжувати інших	«У мене все добре», попри очевидне виснаження

Зменшити ризик самотності допомагають не лише часті контакти, а й наявність значущих зв'язків, відчуття належності та власної потрібності. Під час супроводу важливо з'ясувати, які ресурси вже є в житті людини, і допомогти їх посилити. До таких ресурсів належать:

- наявність хоча б однієї довіреної людини, з якою можна відверто поговорити;
- регулярна участь у житті громади, а не лише формальна присутність серед людей;
- відчуття власної корисності, внеску та потрібності іншим;
- духовні або релігійні практики, якщо вони важливі для людини;
- зв'язок із природою, тваринами, рослинами;
- творча діяльність, наставництво та передача життєвого досвіду.

Формати підтримки, підібрані відповідно до кожної форми самотності, зібрано в підрозділі 5.8.

Самотність не є проявом особистої слабкості. Це значущий психосоціальний чинник ризику, який потребує такої ж уваги, як і інші фактори, що впливають на психічне та фізичне здоров'я. Оцінюйте самотність під час первинної оцінки потреб і включайте заходи щодо її подолання до індивідуального плану підтримки.

1.5 Теоретичні засади психологічної стійкості

Психологічна стійкість (resilience) – це здатність людини адаптуватися до складних обставин, зберігати внутрішню рівновагу та відновлюватися після стресу, травматичних подій і втрат. У посібнику «психологічна стійкість» є основним українським терміном; «резильєнтність» уживається переважно на позначення властивості людини, а «резилієнс» – динамічного процесу адаптації (Лазос Г. П., 2018). Стійкість не є незмінною рисою характеру або привілеєм молодості. Її можна підтримувати й розвивати в будь-якому віці, якщо людина має доступ до підтримки, спілкування та зрозумілої інформації про те, що з нею відбувається. Психологічна стійкість формується завдяки взаємодії кількох компонентів. Кожен із них можна підтримувати й розвивати протягом усього життя, зокрема й у старшому віці.

КОМПОНЕНТ	ЩО ОХОПЛЮЄ
Когнітивний	Здатність гнучко мислити, переосмислювати події та знаходити нові точки опори
Емоційний	Вміння розпізнавати, приймати й регулювати власні емоції
Соціальний	Підтримувальні стосунки, відчуття належності та взаємодопомога
Фізичний	Турбота про тіло, здоров'я, сон, рухову активність і тілесне самопочуття
Екзистенційний	Відчуття сенсу, життєвої мети, власної цінності та ролі

Кожен із п'яти компонентів докладніше розкривається в Розділі 2 через призму конкретних психологічних теорій – SOC, соціоемоційної вибірковості, геротрансценденції, PERMA та моделі адаптивної резильєнтності Charney, кожна з яких пропонує власний погляд на джерела стійкості людини в пізньому віці й практичні застосування цього погляду.

Огляд Reynolds et al. (2022) наголошує, що допомога людям старшого віку має бути комплексною: поєднувати профілактику, психосоціальні втручання, належне лікування психічних розладів і підтримку повсякденного функціонування. Такий підхід важливий і для людей дуже старшого віку, потреби яких часто залишаються поза межами стандартних програм.

В умовах війни ці висновки набувають особливого значення. Багато людей старшого віку вже переживали масштабні суспільні потрясіння, втрати й періоди тривалого стресу. Цей досвід може бути не лише джерелом вразливості, а й ресурсом адаптації. Дослідження соціоемоційної вибірковості та мудрості свідчать, що в старшому віці люди нерідко краще регулюють емоції та зосереджуються на найважливіших життєвих цінностях і стосунках (Carstensen, 2006; Jeste & Lee, 2019).

Психологічна стійкість не є вродженою рисою характеру – це динамічний процес і сукупність навичок, які можна підтримувати і розвивати протягом усього життя.

1.6 Доглядальники – невидима цільова група

Догляд за людиною старшого віку потребує значних фізичних, емоційних і часових ресурсів. Члени сім'ї та неформальні доглядальники нерідко самі переживають хронічний стрес, виснаження й тривогу, а в умовах війни це навантаження ще більше посилюється. За відсутності підтримки може розвиватися синдром навантаження доглядальника (caregiver burden), що негативно впливає як на його власне здоров'я, так і на якість допомоги, яку він надає близькій людині.

РИЗИКИ ДЛЯ ДОГЛЯДАЛЬНИКА	ТИПОВІ ПРОЯВИ
Хронічне перевантаження та стрес	Порушення сну, дратівливість, емоційне і фізичне виснаження
Відчуття провини та безпорадності	Самозвинувачення, відчай, спалахи гніву, емоційне відсторонення
Соціальна ізоляція	Відмова від власних інтересів, звуження кола спілкування, переконання «я не можу залишити близьку людину»
Недостатня поінформованість	Хибні уявлення про деменцію, ПТСР або інші стани, невпевненість у власних діях

Доглядальники залишаються прихованою цільовою групою: підтримка зазвичай спрямована на людину 60+, а не на того, хто за нею доглядає, хоча його стан безпосередньо впливає на якість цієї підтримки. Практичні формати роботи з доглядальниками зібрано в підрозділі 5.10.

1.7 Зайнятість та економічна активність як чинники психологічної стійкості

В Україні, за оцінками експертів, працевлаштовані лише близько 27 % людей віком 55+ (Мозгова, 2026). Для порівняння, у 2025 році рівень зайнятості у ЄС серед людей віком 55–64 роки становив 72,3 % серед чоловіків і 60,8 % серед жінок (Eurostat, 2026).

За демографічними прогнозами, до 2035 року українці віком 45+ становитимуть понад половину населення країни, а частка людей 60+ наближатиметься до 30 % (Мозгова, 2026). У воєнних та повоєнних умовах ця диспропорція між потенціалом і реальною зайнятістю створює додаткові виклики як для економіки, так і для системи охорони психічного здоров'я.

Для багатьох людей старшого віку зайнятість є не лише джерелом доходу, а й важливим чинником психологічного благополуччя, а саме:

- підтримує особисту й професійну ідентичність, допомагає зберігати відчуття власної ролі, компетентності та соціального статусу;
- структурує повсякденне життя, надає ритм дню, тижню й року, полегшуючи адаптацію до вікових змін і виходу на пенсію;
- може створювати можливості для регулярних соціальних контактів, підтримувати відчуття належності та сприяти зменшенню соціальної ізоляції;
- підтримує когнітивну активність, оскільки виконання професійних завдань, навчання нового й розв'язання проблем стимулюють пізнавальні функції;
- посилює відчуття потрібності та внеску, дає можливість бути корисним іншим, зберігати життєвий сенс і підтримувати психологічну стійкість;
- підвищує економічну безпеку – додатковий дохід зменшує фінансовий стрес і тривогу в умовах економічної нестабільності.

Зайнятість сприяє підтримці звичного способу життя, соціальних зв'язків та відчуття власної цінності у людей старшого віку.

Більшість бар'єрів до зайнятості людей старшого віку зумовлені не віком як таким, а особливостями організації ринку праці, поширеними стереотипами та недостатньою доступністю навчання і перекваліфікації.

Основні бар'єри щодо зайнятості людей старшого віку.

Ейджизм і вікова дискримінація. Стереотипи щодо нижчої продуктивності, меншої здатності до навчання або адаптації зменшують шанси на працевлаштування незалежно від реальних компетентностей людини.

Обмежений доступ до навчання та перекваліфікації. Люди старшого віку рідше залучаються до програм професійного навчання та розвитку цифрових і професійних навичок.

Недостатній рівень цифрових компетентностей. Відсутність базових цифрових навичок ускладнює доступ навіть до вакансій, які не потребують високої кваліфікації.

Недостатня гнучкість ринку праці. Обмежена кількість вакансій із неповною зайнятістю, гнучким графіком, дистанційною або адаптованою формою роботи звужує можливості працевлаштування.

Інтерналізований ейджизм (self-ageism). Засвоєні вікові стереотипи («Я вже занадто старий / стара, щоб працювати або навчатися») знижують мотивацію до працевлаштування й професійного розвитку.

Дослідження свідчать, що недобровільний вихід на пенсію може негативно впливати на психологічне благополуччя та загальний стан здоров'я людей старшого віку. Найчастіше він асоціюється з підвищеним ризиком депресивних симптомів, особливо протягом перших двох років після припинення трудової діяльності та прискоренням когнітивного зниження. Також недобровільний вихід на пенсію посилює соціальну ізоляцію та відчуття самотності та погіршує фізичне здоров'я, зокрема через зниження рухової активності та втрату звичного ритму життя.

Натомість добровільний і заздалегідь спланований вихід на пенсію, особливо із поступовим зменшенням професійного навантаження, зазвичай не супроводжується такими негативними наслідками і може сприяти кращій адаптації та підвищенню якості життя.

Підтримка професійної, волонтерської чи іншої суспільно корисної діяльності людей старшого віку є важливою складовою збереження їхнього психічного здоров'я та психологічної стійкості. Завдання фахівця полягає не лише в тому, щоб допомогти людині подолати внутрішні бар'єри, а й підтримати пошук реалістичних можливостей для активної участі в житті громади відповідно до її бажань, ресурсів і можливостей. Практичні стратегії залучення до зайнятості наведено в підрозділі 5.9 та Додатку 3.

Розглянуті в цьому розділі демографічні, психологічні та соціальні особливості людей 60+ формують контекст, необхідний для коректної інтерпретації доказової бази. Психологічна стійкість у старшому віці не є статичною величиною: вона залежить від якості соціального супроводу і від того, наскільки глибоко фахівець розуміє специфічний контекст життя конкретної людини. Наступний розділ розглядає теоретичні концепції та дослідження, що пояснюють механізми цієї стійкості й становлять основу практичних рекомендацій, викладених у розділах 4–7.

РОЗДІЛ 2. Доказова база

Розділ поєднує теоретичні моделі, дослідження, систематичні огляди та рекомендації міжнародних організацій. Вони мають різну доказову силу. Теоретичні моделі допомагають осмислити досвід людини, але самі по собі не доводять ефективності втручань. Практичні рекомендації мають спиратися насамперед на систематичні огляди, контрольовані дослідження та стандарти належної практики.

2.1 Провідні теоретичні концепції

Теорія селективної оптимізації і компенсації (P. B. Baltes & M. M. Baltes)

Теорія SOC (Відбір, Оптимізація, Компенсація) – фундаментальна модель успішного старіння та адаптивного розвитку впродовж усього життя, розроблена Полом та Маргарет Балтес. Її суть полягає в тому, що люди здатні успішно керувати своїм життям, максимізуючи здобутки та мінімізуючи втрати, пов'язані зі старінням.

Три базові компоненти теорії:

- *відбір (selection)* – свідоме звуження фокусу та визначення пріоритетних цілей у відповідь на вікове зменшення ресурсів. Буває елективним (добровільний вибір) та заснованим на втратах (вимушена зміна стандартів);
- оптимізація *(optimization)* – цілеспрямоване інвестування часу та зусиль для вдосконалення навичок і максимального використання наявних можливостей;
- *компенсація (compensation)* – пошук альтернативних засобів для підтримки звичного рівня функціонування, коли попередні можливості втрачені (допоміжні пристрої, зміна підходу, прохання допомоги).

Відбір. Допоможіть клієнту визначити 1–2 найважливіші цілі зараз, а не намагатись відновити все одразу. «Які ролі для вас зараз найважливіші? Від чого ми можемо тимчасово відмовитися?»

Оптимізація. «Що з того, що ви вміли раніше, ви ще можете робити? Як зробити це з наявними силами?» Стимулюйте цілеспрямовану практику збережених умінь.

Компенсація. «Якщо цей шлях закритий – який інший міг би привести до тієї ж мети?» Навчіть спиратися на зовнішні ресурси: технічні пристрої, допомогу інших, соціальні служби.

Теорія соціоемоційної вибірковості (Laura Carstensen)

Теорія пояснює, що зі зміною сприйняття часової перспективи змінюються життєві пріоритети. Коли людина усвідомлює обмеженість часу, вона дедалі більше цінує емоційно значущі стосунки, внутрішній спокій і діяльність, що має особистий сенс. Тому звуження соціального кола в старшому віці часто є свідомим вибором на користь якості взаємин, а не проявом соціальної ізоляції. Багато людей старшого віку також демонструють кращу емоційну регуляцію та схильність зосереджуватися на позитивному досвіді.

Орієнтуйтеся на особистісно значущі цілі. Допомагайте людині визначати діяльність, яка приносить задоволення, відчуття сенсу й відповідає її цінностям. Нові знання та навички доцільно пропонувати тоді, коли вони мають для неї практичне або особистісне значення.

Цінуйте якість, а не кількість соціальних контактів. Не ставте за мету будь-що розширити коло спілкування. Важливіше підтримати кілька довірливих і значущих стосунків. Запитайте: «Хто з людей поруч є для вас найбільшою опорою?»

Спирайтеся на наявні ресурси емоційної регуляції. Багато людей старшого віку мають значний досвід подолання життєвих труднощів і часто краще зберігають емоційну рівновагу. Визнавайте цей досвід і допомагайте використовувати його як ресурс у нових складних обставинах.

Теорія геротрансценденції (Lars Tornstam)

Теорія розглядає старіння як природний процес особистісного розвитку. З віком людина може більше зосереджуватися на пошуку сенсу, переосмисленні життєвого досвіду, духовних питаннях і близьких стосунках. Потреба в усамітненні, споглядання та вибірковому спілкуванні нерідко є проявом цього розвитку, а не ознакою психологічного неблагополуччя.

Не поспішайте патологізувати усамітнення. Потреба в тиші, споглядання чи зменшенні кількості соціальних контактів може бути нормальною віковою зміною. Водночас важливо відрізняти її від депресії, соціальної ізоляції чи когнітивних порушень.

Підтримуйте переосмислення життєвого досвіду. Заохочуйте розповіді про життєвий шлях, значущі події, людей і цінності. Практики пригадування життя (life review) допомагають інтегрувати досвід, зміцнюють ідентичність і відчуття сенсу.

Поважайте духовний та екзистенційний вимір. Будьте відкритими до розмов про сенс життя, старіння, смерть, віру, природу та зв'язок між поколіннями, якщо людина сама порушує ці теми.

Спирайтеся на мудрість і сильні сторони людини. Допомагайте зміщувати фокус із втрат і обмежень на життєвий досвід, внутрішні ресурси, самоприйняття та можливість передавати знання іншим.

Позитивна психологія і модель PERMA (Martin Seligman)

Модель PERMA описує п'ять взаємопов'язаних компонентів психологічного благополуччя: позитивні емоції (Positive Emotions), залученість (Engagement), стосунки (Relationships), сенс (Meaning) і досягнення (Accomplishment). Вона ґрунтується на ресурсно-орієнтованому підході, згідно з яким благополуччя формується не лише через подолання труднощів, а й через розвиток сильних сторін людини. Підтримка кожного з компонентів PERMA допомагає зміцнювати психологічну стійкість, підвищувати якість життя та зберігати активність у старшому віці.

Позитивні емоції. Допомагайте помічати й усвідомлено переживати позитивний досвід (вправи на вдячність, фіксація приємних подій, «смакування моменту»). Важливо не заперечувати негативні емоції, а розширювати спектр позитивних переживань.

Залученість. Підтримуйте участь у діяльності, яка відповідає інтересам, можливостям і рівню навичок людини, створюючи відчуття захопленості та компетентності.

Стосунки. Сприяйте зміцненню довірливих і значущих взаємин. Для більшості людей старшого віку якість соціальних зв'язків має більше значення, ніж їх кількість.

Сенс. Допомагайте людині усвідомлювати власні цінності, життєву мету, можливості бути корисною іншим і передавати свій досвід.

Досягнення. Заохочуйте до постановки реалістичних цілей, відзначення навіть невеликих успіхів і зміцнення відчуття власної компетентності та самоефективності.

Резильєнтність як адаптивний процес (Dennis Charney, Barbara Iacoviello)

Автори розглядають резильєнтність не як вроджену рису, а як динамічний процес адаптації до стресу й несприятливих подій. Дослідники виділяють шість взаємопов'язаних психосоціальних чинників, які сприяють успішній адаптації: оптимізм, когнітивну гнучкість, активні стратегії подолання труднощів, соціальну підтримку, турботу про фізичне здоров'я та опору на особисті цінності й життєвий сенс. Важливо, що всі ці ресурси можна розвивати і зміцнювати в будь-якому віці.

Розвиток когнітивної гнучкості. Допомагайте клієнтам переосмислювати складні ситуації, знаходити альтернативні пояснення подій і спиратися на власний досвід подолання труднощів.

Формування активних стратегій подолання. Заохочуйте до невеликих посильних дій, планування, пошуку практичних рішень і своєчасного звернення по підтримку замість уникнення проблем.

Розвиток навичок емоційної саморегуляції та оптимізму. Підтримуйте здатність розпізнавати й регулювати емоції, зберігати реалістичну надію та бачити можливості навіть у складних обставинах. Використовуйте техніки усвідомленості, дихальні вправи та методи заземлення.

Підтримка соціальних зв'язків. Сприяйте підтриманню довірливих стосунків з родиною, друзями, громадою та групами взаємопідтримки, адже соціальна підтримка є одним із найпотужніших чинників резильєнтності.

Турбота про фізичне здоров'я. За можливості підтримуйте регулярний сон, рухову активність, збалансоване харчування та лікування хронічних захворювань. Стан організму безпосередньо впливає на здатність справлятися зі стресом.

Опора на цінності та життєвий сенс. Допомагайте людині усвідомити власні цінності, значущі життєві ролі та джерела внутрішньої опори. Відчуття сенсу й відповідність власним переконанням зміцнюють психологічну стійкість у кризових ситуаціях.

2.2 Ключові дослідження

Самотність та смертність (Holt-Lunstad, 2015)

Метааналіз 70 проспективних досліджень, що охопили понад 3,4 млн учасників, показав: соціальна ізоляція асоціювалася з вищою ймовірністю передчасної смерті на 29 %, суб'єктивна самотність – на 26 %, а проживання на самоті – на 32 %. Це спостережні зв'язки, тому вони не доводять прямої причинності, але підтверджують значення соціальних чинників для громадського здоров'я (Holt-Lunstad et al., 2015).

Соціальна включеність є критичним чинником здоров'я і довголіття. Психосоціальні програми мають системно зменшувати ізоляцію через підтримку соціальних зв'язків, групову діяльність, участь у спільнотах і розвиток навичок взаємодії. Самотність доцільно розглядати як повноцінний показник громадського здоров'я, що потребує цілеспрямованих інтервенцій на рівні політики та послуг.

Поширеність самотності серед 60+ (Salari et al., 2025)

Систематичний огляд 126 досліджень, що охопили 1 250 322 учасників із 62 країн, показав, що глобальна поширеність самотності серед людей віком 60+ становить 27,6 %. Найбільш вразливими є жінки (30,9 %) та люди, які проживають в інституційних закладах (50,7 %). Ці дані підтверджують, що самотність є поширеною проблемою громадського здоров'я, яка потребує системної уваги.

Самотність у старшому віці є поширеним психосоціальним явищем, що потребує системної відповіді. Ефективна підтримка має поєднувати раннє виявлення самотності, розвиток програм соціальної залученості, зміцнення значущих соціальних зв'язків і міжсекторальну взаємодію громади, соціальних та медичних служб.

Вплив самосприйняття старіння на тривалість і якість життя (Levy et al., Yale University, 2002)

Проспективне когортне дослідження за участю 660 осіб віком 50+ показало, що учасники з більш позитивним самосприйняттям старіння жили в середньому на 7,5 роки довше, ніж ті, хто сприймав старіння переважно негативно. Зв'язок зберігався після статистичного врахування низки чинників. Дослідження показує стійку асоціацію, але саме по собі не доводить причинного ефекту (Levy et al., 2002).

Ставлення людини до власного старіння є важливим психологічним ресурсом, який впливає на поведінку, психологічне благополуччя та здоров'я. Під час супроводу доцільно допомагати клієнтам розпізнавати й переосмислювати негативні вікові стереотипи, зміцнювати відчуття власної компетентності, цінності життєвого досвіду та можливості залишатися активними й залученими незалежно від віку.

Ефективність втручань для подолання самотності (Masi et al., 2011)

Метааналіз 50 досліджень оцінив ефективність чотирьох основних типів втручань, спрямованих на зменшення самотності: розвитку соціальних навичок, розширення соціальної підтримки, збільшення можливостей для соціальної взаємодії та зміни негативних соціальних когніцій. Найбільший ефект у рандомізованих контрольованих дослідженнях продемонстрували втручання, спрямовані на зміну негативних соціальних когніцій, тоді як просте збільшення кількості соціальних контактів виявилося менш ефективним.

Самотність визначається не лише браком соціальних контактів, а й тим, як людина сприймає та інтерпретує взаємодію з іншими. Тому ефективна підтримка має поєднувати створення можливостей для спілкування з роботою над негативними очікуваннями, упередженнями та інтерпретаціями соціального досвіду.

Горе у старшому віці (Margaret Shear; Stroebe & Schut)

Сучасні моделі горювання розглядають його як природний процес адаптації до втрати. Пролонгований розлад горювання (за концепцією Маргарет Шир; нині включений до ICD-11 і DSM-5-TR) розвивається лише в частини людей і характеризується тривалим інтенсивним горем, яке істотно порушує повсякденне функціонування. Двопроцесна модель Stroebe і Schut пояснює, що адаптація відбувається через природне чергування двох процесів: переживання втрати та поступового відновлення повсякденного життя. Водночас сучасний підхід «тривалої прив'язаності» (continuing bonds) визнає, що збереження внутрішнього, символічного зв'язку з померлою людиною є нормальною частиною адаптації.

Завдання фахівця полягає не в тому, щоб допомогти людині «відпустити» померлого, а підтримати природний процес адаптації до втрати. Важливо розрізняти природне горювання і пролонгований розлад горювання, допомагати людині поступово відновлювати повсякденне життя та інтегрувати пам'ять про померлого у власну життєву історію. В умовах війни особливої уваги потребують множинні втрати, невизначеність долі близьких, порушення традиційних ритуалів прощання та обмежені можливості відкрито переживати горе.

Депресія у старшому віці та концепція «позитивної психіатрії» (Dan Blazer, Dilip Jeste)

Депресія у людей старшого віку часто має атиповий перебіг і нерідко залишається нерозпізнаною. Вона може проявлятися не стільки пригніченим настроєм, скільки байдужістю, втратою інтересу до звичних занять, соматичними скаргами, когнітивними порушеннями або соціальним відстороненням. Ризик депресії зростає під впливом хронічних захворювань, самотності, втрат і функціональних обмежень.

Концепція «позитивної психіатрії» (Dilip Jeste) доповнює традиційний підхід, акцентуючи увагу не лише на лікуванні симптомів, а й на розвитку чинників, що підтримують психологічне благополуччя: мудрості, резильєнтності, соціальних зв'язків, відчуття сенсу та оптимізму.

Допомога людям старшого віку має поєднувати своєчасне виявлення й лікування депресії з розвитком захисних ресурсів. Поряд із роботою над симптомами важливо підтримувати соціальну залученість, зміцнювати відчуття компетентності, допомагати людині знаходити сенс у повсякденному житті та спиратися на її життєвий досвід і сильні сторони.

Сіетлське лонгітюдне дослідження (K. Warner Schaie, 1956–2013)

Сіетлське лонгітюдне дослідження, яке тривало майже 60 років і охопило понад 6 000 учасників, показало, що когнітивне старіння є неоднорідним процесом. Більшість когнітивних функцій зберігаються до пізнього дорослого віку, а накопичені знання, життєвий досвід і професійна компетентність (кристалізований інтелект) можуть навіть посилюватися. Дослідження також підтвердило, що когнітивні тренування здатні підтримувати або покращувати окремі когнітивні функції навіть у старшому віці.

Більшість когнітивних змін у старшому віці не є незворотними. Психосоціальні програми мають підтримувати регулярну пізнавальну активність, навчання, соціальну взаємодію, участь у змістовній діяльності та відчуття контролю над власним життям.
Такі втручання сприяють збереженню когнітивного функціонування, підтримують нейропластичність і допомагають сповільнити вікові когнітивні зміни.

Профілактика деменції: модель життєвого курсу

(Livingston et al., Lancet Commission, 2024)

Lancet Commission показала, що майже 45 % випадків деменції можуть бути пов'язані з модифікованими чинниками ризику. До них належать, зокрема, низький рівень освіти, порушення слуху, артеріальна гіпертензія, депресія, фізична неактивність, соціальна ізоляція, цукровий діабет, куріння, надмірне вживання алкоголю та інші фактори. Модель життєвого курсу підкреслює, що ризики накопичуються протягом життя, але профілактичні заходи залишаються ефективними і в старшому віці.

Профілактика деменції має бути складовою психосоціальної підтримки людей старшого віку. Поряд із контролем серцево-судинних факторів ризику важливо підтримувати фізичну й пізнавальну активність, своєчасно виявляти й лікувати депресію, коригувати порушення слуху, зміцнювати соціальні зв'язки та заохочувати участь у змістовній діяльності. Найкращих результатів досягають комплексні міжсекторальні програми, які поєднують медичні, психологічні та соціальні заходи.

Теорії та дослідження, представлені в цьому розділі, не є абстрактним академічним тлом. Вони безпосередньо формують логіку роботи фахівця з людьми 60+. Наводимо **п'ять ключових практичних наслідків** із доказової бази розділу.

1. *Працюйте з ресурсами, а не лише з втратами.* Теорія SOC, модель PERMA та дані Сіетлського дослідження підтверджують: більшість когнітивних і емоційних ресурсів зберігаються до пізнього дорослого віку. Завдання фахівця – допомогти клієнту їх побачити та мобілізувати, а не фіксуватися виключно на обмеженнях і симптомах. Питання "Що ви ще можете? Що залишилося важливим?" часто продуктивніше, ніж "Що вас турбує?".

2. *Соціальна включеність є одним із ключових напрямів підтримки.* Дані Holt-Lunstad (2015) і Salari et al. (2025) переводять самотність із психологічної теми в категорію громадського здоров'я. Фахівець має розглядати соціальну ізоляцію як повноцінний фактор ризику, поряд із депресією та тривогою, і системно включати роботу з нею в план супроводу. Якість двох-трьох ключових стосунків важливіша, ніж кількість соціальних контактів.

3. *Працюйте з установками, а не лише з поведінкою.* Метааналіз Masi et al. (2011) показав, що в рандомізованих дослідженнях кращі результати мали втручання, спрямовані на дезадаптивні соціальні когніції, а не лише на збільшення кількості контактів. Levy et al. (2002) виявили стійкий зв'язок між позитивнішим самосприйняттям старіння і тривалістю життя. Отже, робота з віковими стереотипами може бути важливою частиною психосоціального супроводу, хоча ці дані не доводять, що зміна установок сама по собі подовжує життя.

4. *Розрізняйте норму і патологію в процесах старіння.* Теорії соціоемоційної вибірковості та геротрансценденції нагадують: звуження соціального кола, потреба в тиші, переосмислення цінностей – це не симптоми, а нормальна психологічна робота пізнього дорослого віку. Водночас депресія у 60+ часто маскується під соматику і залишається нерозпізнаною. Фахівцю важливо вміти відрізняти природні процеси розвитку від клінічних станів, що потребують втручання.

5. *В умовах війни тримайте в полі зору множинне горе й контекст.* Двопроцесна модель Stroebe & Schut і концепція пролонгованого горювання Shear (2015) набувають особливого значення в українському контексті. Люди 60+ часто переживають одночасно кілька втрат – близьких, дому, звичного соціального світу – без можливості нормального прощання. Ефективна підтримка не форсує "відпускання", а допомагає інтегрувати досвід втрати і знайти нові точки опори поруч із болем, а не замість нього.

РОЗДІЛ 3. Міжнародні підходи та перспективні практики

Різні країни накопичили значний досвід підтримки психічного здоров'я, соціальної участі та якості життя людей старшого віку. Частина цих підходів сформувалася в умовах демографічного старіння, інші – у відповідь на самотність, вимушене переміщення, тривалі суспільні кризи або наслідки війни.

Для України цінність міжнародного досвіду полягає не в механічному перенесенні готових моделей, а у використанні практичних рішень, які можна осмислити, адаптувати до місцевих умов та інтегрувати в роботу громад, закладів охорони здоров'я, соціальних служб і громадських організацій. У цьому розділі представлено приклади таких рішень та визначено, які їхні елементи можуть бути корисними для розвитку психосоціальної підтримки людей 60+ в Україні.

3.1 Активне довголіття у Фінляндії

На прикладі Гельсінкі видно, як підтримку людей старшого віку можна вбудувати в повсякденну інфраструктуру громади, а не обмежувати окремими медичними послугами.

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Центри для людей старшого віку в Гельсінкі поєднують відкриті простори для зустрічей, змістовні активності, підтримку за принципом «рівний рівному» та допомогу в повсякденному житті (City of Helsinki, 2025).

Сервісні центри й денні програми підтримують добробут, реабілітацію та можливість довше жити у звичному середовищі.

Безоплатна цифрова підтримка доступна в бібліотеках, громадських і сервісних центрах, зокрема за участю підготовлених волонтерів (City of Helsinki, 2025).

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Громади можуть поєднувати соціальні, освітні, реабілітаційні та цифрові сервіси в доступних для людей старшого віку просторах, поступово переходячи від окремих кризових заходів до постійної інфраструктури підтримки.

3.2 Міжсекторальна протидія самотності у Великій Британії

У 2018 році уряд Великої Британії ухвалив першу національну стратегію боротьби із самотністю A Connected Society. Стратегія орієнтована на всі вікові групи, але люди старшого віку залишаються однією з важливих цільових груп. Самотність розглядається як проблема, пов'язана з фізичним і психічним здоров'ям, подолання якої потребує взаємодії системи охорони здоров'я, соціальних служб, місцевої влади та громадських організацій (HM Government, 2018).

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Social prescribing (соціальне призначення). В Англії фахівці первинної ланки можуть скеровувати людину до спеціального працівника – link worker. Він допомагає визначити важливі для людини потреби, сформувати індивідуальний план і долучитися до немедичних форм підтримки: громадських груп, фізичної активності, творчих занять, волонтерства або інших місцевих ресурсів (NHS England, 2020; NHS England, n.d.).

Befriending (регулярна індивідуальна підтримка). Навченим волонтером може здійснюватися така підтримка через особисті зустрічі, телефонні або онлайн-контакти. Систематичний огляд виявив невеликий позитивний вплив таких програм на окремі показники благополуччя; результати щодо безпосереднього зменшення самотності відрізнялися залежно від програми та способу оцінювання (Siette et al., 2017).

Виявлення самотності. Британські стратегічні документи підтримують включення запитань про самотність до комплексної медико-соціальної оцінки вразливих людей, зокрема у первинній ланці. Водночас це не є уніфікованим обов'язковим скринінгом під час кожного планового медичного огляду (HM Government, 2018; UK Government, 2023).

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Британський досвід демонструє потенціал первинної медичної допомоги як одного із шляхів виявлення соціальних потреб і скерування людей старшого віку до громадських та волонтерських ресурсів. Для України сімейний лікар може бути однією з точок входу до системи психосоціальної підтримки людей 60+, але не єдиною такою точкою.

3.3 Підтримка в умовах тривалої загрози в Ізраїлі

Ізраїльські організації мають досвід надання психосоціальної допомоги в умовах повторюваних воєнних загроз і терористичних атак. Для України релевантним є поєднання індивідуальної допомоги зі зміцненням спроможності громад, підготовкою волонтерів і урахуванням попереднього травматичного досвіду людини.

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Комплексний підхід NATAL. Діяльність організації поєднує клінічну допомогу, телефонну підтримку, навчання фахівців і волонтерів, роботу з установами та програми зміцнення стійкості громад (NATAL, 2022; NATAL Global, n.d.).

Підготовлені волонтери. Волонтери гарячих ліній і громадських програм проходять відбір та навчання і працюють за підтримки професійних команд і супервізорів. Така організація допомагає масштабувати підтримку, не підміняючи професійні послуги волонтерською участю (NATAL Global, n.d.).

Травмоінформована робота зі свідченнями. Програма Witness Theater поєднує добровільні свідчення людей, які пережили Голокост, із міжпоколіннєвою та драматерапевтичною роботою. Такі формати можуть виконувати меморіальну, освітню і психосоціальну функції, але потребують добровільності, підготовлених ведучих і недопущення повторної травматизації (JDC Israel, 2021).

Урахування накопиченого травматичного досвіду. Під час нової воєнної загрози особливої уваги можуть потребувати люди, які раніше пережили війну, насильство, переслідування, катастрофи або вимушене переміщення. Йдеться не про окрему офіційну категорію, а про важливий принцип оцінювання та планування підтримки.

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Під час підтримки людей 60+ важливо делікатно з’ясовувати, чи актуалізувала нинішня війна попередній досвід репресій, депортацій, Чорнобильської катастрофи, попередніх воєн, насильства або втрат. Міжпоколіннєві проєкти усної історії можна проводити лише за добровільної участі, травмоінформованої модерації та доступу до підтримки.

3.4 Довгострокове відновлення та допомога на рівні громади в Боснії і Герцеговині

Досвід Боснії і Герцеговини показує, що потреби у сфері психічного здоров'я можуть зберігатися й змінюватися протягом десятиліть після війни. На них впливають не лише пережиті травматичні події, а й тривале переміщення, економічні труднощі, втрати соціальних ролей, недовіра та обмежена доступність допомоги. Тому завершення активних бойових дій не означає завершення психосоціальної кризи (Litvinova et al., 2025).

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Громадські центри психічного здоров'я. Децентралізована мережа центрів, пов'язаних із первинною медичною допомогою, забезпечує лікування, раннє виявлення проблем, психосоціальну підтримку та промоцію психічного здоров'я *(Litvinova et al., 2025)*.

Довгострокове планування. Наслідки війни, втрат і переміщення можуть зберігатися або ставати помітнішими після завершення гострої фази, що обґрунтовує тривалий розвиток послуг, а не лише короткострокові кризові проєкти.

Підтримка локальних мереж. Сусідські, громадські та інші неформальні мережі можуть доповнювати професійні послуги й підтримувати соціальні зв'язки, але не замінюють доступу до фахової допомоги.

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Психосоціальну підтримку людей 60+ доцільно планувати як довгостроковий компонент відновлення з опорою на первинну ланку, громадські центри психічного здоров'я, соціальні служби й місцеві мережі взаємодопомоги.

3.5 Ікіґай, соціальна участь і значущі ролі в Японії

Японські дослідження старіння приділяють значну увагу відчуттю сенсу життя та соціальній участі. Спостережні дослідження пов'язують ці чинники з кращими показниками здоров'я, функціонування й психологічного благополуччя, але не доводять прямого причинного ефекту (Tomioka et al., 2016).

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Ікіґай. Японське поняття, що позначає відчуття сенсу, мети або того, заради чого варто жити. Джерелом ікіґай можуть бути стосунки, праця, хобі, турбота про інших або участь у житті громади.

Соціальна участь і *волонтерство*. Дослідження демонструють помітне залучення частини людей старшого віку до волонтерства, навчання та громадських активностей.

Рівень участі залежить від здоров'я, доступності можливостей, зайнятості та місцевого контексту (Tomioka et al., 2016).

Міжпоколіннєва взаємодія. Наставництво, підтримка молодших поколінь та інші значущі ролі можуть допомагати людині зберігати відчуття участі й суб'єктності.

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Волонтерство, наставництво й передавання досвіду доцільно пропонувати як один із ресурсів психологічного благополуччя, якщо така участь відповідає бажанням, стану здоров'я та можливостям людини. Активна роль не повинна перетворюватися на нормативну вимогу.

3.6 Оцінювання політик та інтегровані формати підтримки в Канаді

Канадський досвід включає інструменти оцінювання політик, волонтерські програми для людей старшого віку та спеціалізовані сервіси для окремих груп. Ці практики реалізуються на федеральному, провінційному й місцевому рівнях.

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Seniors Mental Health Policy Lens (SMHPL). Якісний аналітичний інструмент для оцінювання того, як політика або програма може впливати на психічне здоров'я, автономію, участь і доступ до послуг людей старшого віку. Це не клінічна шкала й не опитувальник для клієнтів (MacCourt, 2008).

Friendly Visiting. Підготовлені волонтери регулярно відвідують людей старшого віку або підтримують із ними телефонний контакт. В Україні реалізуються аналогічні формати домашніх візитів і дружніх дзвінків (Canadian Red Cross, n.d.; Leonard, 2020).

Veterans Affairs Canada. Для ветеранів доступні спеціалізовані послуги психічного здоров'я; право на участь, обсяг і фінансування залежать від статусу людини та умов конкретної програми (Veterans Affairs Canada, 2024).

Seniors Safety Line. В Онтаріо працює провіційна спеціалізована цілодобова лінія, орієнтована насамперед на безпеку людей старшого віку, реагування на насильство, занедбаність і зловживання, а також інформаційну та емоційну підтримку (Assaulted Women's Helpline, n.d.).

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

SMHPL може слугувати основою для оцінювання українських програм ще на етапі розроблення, а формати Friendly Visiting – орієнтиром для організації регулярних домашніх візитів і дружніх дзвінків із належною підготовкою волонтерів та маршрутизацією складних випадків.

3.7 Стандартизовані програми та практичні настанови у США

Американський досвід показує, як результати досліджень можуть перетворюватися на структуровані програми, практичні настанови, навчальні матеріали та інструменти моніторингу якості.

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

PEARLS. Структурована програма допомоги людям старшого віку з депресивними симптомами, що поєднує розв'язання проблем, поведінкову активацію та підтримку соціальної активності (University of Washington HPRC, n.d.).

PACE. Інтеграція медичних і соціальних послуг у єдину модель супроводу для визначених груп людей старшого віку (Medicaid.gov, n.d.).

SAMHSA поширює керівництва і збірники ресурсів щодо психосоціальних втручань для людей старшого віку, зокрема при серйозних психічних розладах і горі (SAMHSA, 2021, 2024).

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Для України цінним є не лише зміст окремих програм, а й механізм перетворення результатів досліджень на стандартизовані настанови, навчальні матеріали та інструменти моніторингу якості.

3.8 Системна профілактика ризиків у Швеції

Шведський досвід поєднує повагу до індивідуального життєвого шляху людини із системною профілактикою ризиків, які можуть обмежувати її самостійність і якість життя. Такий підхід узгоджується з розглянутою вище теорією геротрансценденції Ларса Торнстама, яка наголошує на різноманітності траєкторій старіння та можливих змінах життєвих пріоритетів у пізньому віці (Tornstam, 2005).

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Personcentrerad vård. Особистісно орієнтований догляд ґрунтується на партнерстві з людиною та враховує її життєву історію, цінності, уподобання, стосунки, можливості й значущі заняття, а не лише діагноз або фізичні потреби. Людина бере участь у визначенні цілей і плануванні допомоги відповідно до свого стану, можливостей і життєвих обставин (University of Gothenburg GPCC, n.d.).

Senior Alert. Національний реєстр якості, який використовують у медичній і соціальній допомозі людям старшого віку. Він допомагає фахівцям систематично оцінювати ризики падінь, недостатнього харчування, пролежнів, порушень здоров'я ротової порожнини та функції сечового міхура, планувати профілактичні заходи й відстежувати їхні результати. Senior Alert показує, як узгоджений підхід до оцінювання та профілактики взаємопов'язаних ризиків можна інтегрувати в повсякденну роботу різних служб для підтримання самостійності та якості життя людини (Senior Alert, n.d.).

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Під час планування допомоги слід ураховувати стан здоров'я, життєву історію, цілі та пріоритети людини, а медичним і соціальним службам узгоджено виявляти ризики й планувати профілактику. Варто поважати право людини на усамітнення та вибірковість контактів. Водночас важливо з'ясувати, чи це її свідомий і комфортний вибір, а не наслідок депресивних проявів, страху, обмеженої мобільності чи недоступності підтримки.

3.9 Багатопоколінні центри та принципи SOC у Німеччині

Німецькі багатопоколінні центри створюють простір, де люди різного віку спілкуються, беруть участь у спільних заходах, волонтерять, обмінюються досвідом і отримують підтримку.

ПРАКТИЧНІ РІШЕННЯ

Mehrgenerationenhäuser. Федеральна мережа багатопоколінних центрів підтримує взаємодопомогу, участь і обмін досвідом між поколіннями (BMFSFJ, n.d.).

Діяльність таких центрів можна інтерпретувати через модель SOC: вибір пріоритетних цілей, оптимізацію збережених можливостей і компенсацію обмежень (Baltes & Baltes, 1990).

ЩО МОЖНА АДАПТУВАТИ В УКРАЇНІ

Багатопоколінні простори можуть допомагати людям старшого віку зберігати значущі ролі, ділитися досвідом і отримувати підтримку відповідно до власних інтересів та можливостей. Для фахівців доцільно розробити коротку пам'ятку для обговорення з людиною її пріоритетів, збережених ресурсів і прийнятних способів подолання обмежень.

Попри відмінності в системах охорони здоров'я, соціальної політики та доступних ресурсах, міжнародні приклади показують, що підтримка людей старшого віку найбільш органічно розвивається тоді, коли вона інтегрована в повсякденне життя громади та поєднує медичні, соціальні й громадські ресурси.

Для України особливо корисними є практичні рішення, що допомагають рано виявляти потреби, розвивати підтримку за принципом «рівний рівному», залучати саму людину до прийняття рішень, протидіяти самотності та планувати допомогу на тривалий період. Ці підходи варто не копіювати механічно, а осмислювати й адаптувати до українського контексту, потреб конкретних громад і завдань воєнного та повоєнного відновлення.

ЧАСТИНА II. СТРАТЕГІЧНИЙ ТА ОПЕРАЦІЙНИЙ РІВНІ

Розділи 4–5 відповідають на питання: як вибудувати систему підтримки від рівня держави до рівня громади. Розділ 4 – архітектура системи, стратегічне планування, міжсекторальна координація та комунікаційна стратегія. Розділ 5 – операційне впровадження програми: від аналізу потреб до кожного формату роботи з людьми 60+.

РОЗДІЛ 4. Архітектура системи підтримки

Цей розділ адресований координаторам та стейкголдерам усіх рівнів – від громади до державного – відповідальним за системний розвиток психосоціальної підтримки 60+ у межах програми «Ти як?».

4.1 Взаємний обмін в екосистемі «Ти як?»

Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?» – це діюча екосистема, частиною якої ви стаєте, впроваджуючи програму на місцевому рівні. Успіх залежить від взаємодоповнення: програма надає готові інструменти, ви адаптуєте їх до потреб своєї громади.

ЩО ДАЄ ПРОГРАМА «ТИ ЯК?» ВАМ ЯК УПРАВЛІНЦЮ	ЩО ЧЕКАЮТЬ ВІД ВАС НА РІВНІ ГРОМАДИ
Методичні матеріали та навчальні модулі (howareu.com)	Охоплення цільової групи: знайти і залучити 60+
Гарячі лінії та скерування до фахівців	Первинна підтримка та своєчасне скерування
Бренд та медіапідтримка кампаній	Локальна комунікація і зниження стигми
Мережа Центрів життєстійкості	Сталий офлайн-простір для цільової групи
Зв’язок із ВООЗ, UNICEF через Координаційний центр з психічного здоров'я	Збір даних та звітність для системи M&E (моніторинг та оцінка)

Основний принцип – ваша програма успішна не тоді, коли люди 60+ отримали послугу, а тоді, коли вони самі захотіли прийти і привели сусіда.

4.2 П’ять рівнів підтримки

Континуум – це не просто «рівні складності». Це етапи взаємодії людини із системою, кожен із яких має свою логіку, своїх виконавців, свої інструменти та критерії переходу до наступного рівня. Без континууму ви будуєте послуги навмання, не знаючи, де є покриття і де прогалини.

РІВЕНЬ 1. ПРЕВЕНЦІЯ

Мета: підтримувати психічне здоров’я людей 60+, запобігати соціальній ізоляції, самотності, зниженню когнітивних функцій.

Цільова аудиторія: усі люди 60+ у громаді, незалежно від наявності симптомів.

Ключові формати: групові заняття (творчість, рух, дозвілля) в ЦЖ, бібліотеках, громадських центрах; психоедукаційні програми; міжпоколіннєві проєкти; клуби взаємодопомоги за інтересами; волонтерство 60+; цифрова грамотність; фізична активність.

Хто реалізує: Центри життєстійкості, громадські організації, бібліотеки, будинки культури, волонтери (включно з волонтерами-ровесниками 60+), тренери, фасилітатори, координатори.

Критерій переходу на Рівень 2: виявлення ранніх ознак дистресу (депресивні або тривожні симптоми, самотність), коли людина загалом зберігає повсякденне функціонування.

РІВЕНЬ 2. РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ

Мета: своєчасно помітити нові або стійкі зміни в емоційному стані, соціальних зв'язках, поведінці, когнітивному чи повсякденному функціонуванні людини; з'ясувати її потреби та, за згодою, запропонувати належну підтримку. Раннє виявлення не означає встановлення діагнозу.

Ключові формати: уважна розмова під час контакту із сімейним лікарем, соціальним працівником або працівником програми; домашні візити; телефонний супровід, зокрема «дзвінки турботи»; спостереження за змінами стану й повсякденного функціонування; повторний контакт у погоджений термін; навчання команди розпізнавати тривожні ознаки та знати порядок подальших дій. За наявності підготовленого працівника, згоди людини та визначеного маршруту допомоги можуть застосовуватися короткі інструменти первинного оцінювання. Їхні результати не є діагнозом і не можуть бути єдиною підставою для скерування.

Хто реалізує: працівники первинної медичної допомоги; соціальні працівники та фахівці із соціальної роботи; психологи; соціальні робітники, які надають допомогу вдома; працівники центрів життєстійкості, територіальних центрів, денних центрів та інших програм для людей старшого віку; належно підготовлені координатори, волонтери й працівники громадських організацій.

Критерій переходу на Рівень 3: виявлені зміни зберігаються, повторюються або посилюються; помітно впливають на самообслуговування, спілкування, сон, харчування, мобільність, дотримання лікування чи участь у звичному житті; людина сама просить про додаткову допомогу; або працівник після повторного контакту бачить потребу в цілеспрямованій індивідуальній чи груповій підтримці. Рішення ухвалюють не лише за результатом анкети чи шкали, а за сукупністю проявів, динамікою стану, рівнем функціонування, потребами та вибором людини.

РІВЕНЬ 3. КОРОТКОСТРОКОВЕ ВТРУЧАННЯ

Мета: стабілізувати стан, зменшити гострий дистрес, відновити функціональність.

Цільова аудиторія: люди з легкою / помірною депресією, вираженою самотністю, реакцією горя, адаптаційним розладом.

Ключові формати: індивідуальні психологічні консультації (4–8 сесій); групові програми підтримки (протокол 8 зустрічей); психоедукація та навчання навичкам самодопомоги; активація соціальних зв'язків.

Хто реалізує: психологи в ЦЖ, соціальні працівники з базовими навичками консультування, групові фасилітатори.

Критерій переходу на Рівень 4 (до інтенсивнішої або спеціалізованої допомоги): стійке чи виражене погіршення стану або функціонування, суїцидальний ризик, психотичні прояви, небезпечне вживання алкоголю чи інших речовин, складне поєднання психічних і когнітивних порушень або соціальна ізоляція з високим ризиком занедбаності.

РІВЕНЬ 4. СПЕЦІАЛІЗОВАНА ДОПОМОГА

Мета: надати інтенсивне втручання для складних випадків, що потребують клінічних компетенцій.

Цільова аудиторія: виражені депресивні або посттравматичні симптоми, суїцидальні думки чи поведінка, складні коморбідні стани.

Ключові формати: психотерапія (КПТ, EMDR, терапія горя); психіатрична оцінка та медикаментозне лікування за потреби; інтенсивний індивідуальний супровід; кризова інтервенція при суїцидальному ризику; соціальна робота з родиною.

Хто реалізує: психіатр проводить психіатричне оцінювання та лікування; психологічні й психотерапевтичні втручання здійснюють фахівці, які мають передбачену законодавством освіту, підготовку та компетентність у відповідному методі; соціальні працівники ведуть випадок, надають практичну й соціальну підтримку, координують послуги та скерування. Додаткове навчання саме по собі не надає права здійснювати психотерапію чи медичне лікування.

РІВЕНЬ 5. ДОВГОТРИВАЛИЙ СУПРОВІД ТА ПАЛІАТИВ

Мета: підтримувати стабільність, запобігати рецидивам, забезпечити гідність у фіналі життя.

Цільова аудиторія: люди з хронічними психічними захворюваннями, деменцією, термінальними станами.

Ключові формати: регулярний моніторинг стану (щомісячні чекіни); підтримка соціальної активності; супровід горя; паліативна психологічна допомога; координація з медичними службами та соціальним захистом.

Хто реалізує: соціальні працівники, волонтери-супроводжуючі, психологи (консультації), паліативні команди.

4.3 Аналіз прогалин

Аналіз прогалин допомагає зіставити потреби людей старшого віку з наявними в громаді послугами та ресурсами. Його проводять не лише для того, щоб скласти перелік відсутніх послуг, а й щоб з'ясувати, хто залишається поза підтримкою, чому наявні можливості не завжди доступні та які зміни дадуть найбільший результат. Аналіз охоплює **три послідовні кроки.**

Крок 1. Картування ресурсів.

Спочатку команда визначає, хто і яку підтримку вже надає людям 60+ у громаді. До карти варто включити:

- державні й комунальні служби – соціальний захист, первинну медичну допомогу, центри життєстійкості, територіальні центри, бібліотеки;
- громадські та благодійні організації, центри денного перебування, волонтерські групи;
- неформальні ресурси – сусідські ініціативи, релігійні спільноти, клуби людей старшого віку та групи взаємодопомоги.

Щодо кожного ресурсу з'ясовують, яку підтримку він надає, кому, де, за яких умов і чи доступна вона людям з обмеженою мобільністю, мешканцям віддалених населених пунктів та людям без цифрових навичок. Результатом стає карта наявних послуг, ресурсів і маршрутів звернення.

Крок 2. Виявлення прогалин.

Карту ресурсів зіставляють із потребами людей старшого віку. Це дає змогу побачити:

- географічні прогалини, наприклад віддалені села або райони без транспортного сполучення;
- групи, які залишаються поза охопленням, зокрема самотніх чоловіків, ВПО 60+, людей з обмеженою мобільністю та сімейних доглядальників;
- функціональні прогалини, наприклад відсутність раннього виявлення проблем, психологічної підтримки в разі втрат, домашніх візитів або паліативної допомоги;
- бар'єри доступу, як-от вартість, складний порядок звернення, недоступні приміщення, брак інформації чи цифрові перешкоди.

На цьому етапі важливо враховувати не лише відсутність послуги, а й ситуації, коли вона формально є, проте люди фактично не можуть нею скористатися.

Крок 3. Визначення пріоритетів.

Після виявлення прогалин команда обирає ті, які потребують першочергового реагування. Кожну з них оцінюють за кількома критеріями:

- скількох людей вона стосується та наскільки серйозні її наслідки;
- які групи зазнають найбільшого ризику;
- які ресурси вже доступні для розв'язання проблеми;
- наскільки реалістично впровадити рішення;
- чи допоможе воно одночасно усунути інші проблеми.

Результатом має бути не загальний перелік потреб, а кілька чітко визначених пріоритетів із відповідальними виконавцями, ресурсами та очікуваними результатами.
Аналіз на рівні громади варто зіставити із ширшими прогалинами, характерними для системи підтримки людей старшого віку. Наведена нижче таблиця узагальнює проблеми, які потребують уваги під час реалізації Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?». У конкретній громаді їхня актуальність і масштаб можуть відрізнятися, тому кожну прогалину слід перевірити за місцевими даними. Наведемо системні прогалини, які варто врахувати під час реалізації Програми «Ти як?».

ПРОГАЛИНА	НАСЛІДОК	ПРІОРИТЕТНЕ РІШЕННЯ
Брак у командах центрів життєстійкості фахівців зі знаннями у сфері психології старіння	Під час надання підтримки не завжди належно враховують вікові зміни, життєві втрати, стан здоров'я та особливості соціальної ситуації людей 60+	Підвищення компетентності фахівців центрів життєстійкості у сфері психології старіння; за потреби залучення профільних експертів до консультування та супервізії
Недостатня доступність ресурсів програми для людей без цифрових пристроїв або навичок	Частина людей старшого віку не може самостійно скористатися інформацією та інструментами підтримки	Офлайн-версії ключових матеріалів; допомога з доступом до цифрових ресурсів у бібліотеках, центрах життєстійкості та інших доступних просторах
Недостатня увага до горя та множинних втрат	Прояви тривалого розладу горя, депресії чи інших станів можуть залишатися нерозпізнаними, а людина не отримує своєчасної допомоги	Включення теми горя та множинних втрат у навчання фахівців; упровадження доказових форматів індивідуальної та групової підтримки з чіткими критеріями скерування
Брак системних програм підтримки за принципом «рівний рівному»	Потенціал людей старшого віку як джерела взаємної підтримки, досвіду та соціальних зв'язків використовують недостатньо	Підготовка волонтерів 60+ до підтримки ровесників із визначенням меж їхньої ролі, супроводом і супервізією
Недостатньо налагоджена взаємодія між соціальними службами та іншими учасниками програми	Люди старшого віку, які живуть ізольовано, мають обмежену мобільність або не звертаються по допомогу самостійно, можуть залишатися поза підтримкою	Узгодження міжвідомчих маршрутів виявлення потреб, скерування та зворотного зв'язку; визначення контактних осіб у відповідних службах
Недостатньо комунікації, адаптованої до потреб і способів отримання інформації людьми 60+	Люди старшого віку можуть не знати про доступну підтримку або не сприймати її як доречну для себе	Диференційована комунікація з урахуванням різних груп людей 60+, доступних форматів і звичних каналів отримання інформації (див. підрозділ 4.6)

4.4 Система моніторингу та оцінювання

Моніторинг та оцінювання допомагають відповісти на три основні питання: кого охоплює програма, чи відбуваються очікувані зміни та чи належно організовано її роботу. Моніторинг передбачає регулярне відстеження охоплення і процесів, а оцінювання дає змогу визначити результати програми в установлені моменти часу. Зібрані дані мають слугувати підставою для управлінських рішень, а не лише для звітності. Нижче наведено основні індикатори.

ТИП	ІНДИКАТОР	МЕТОД	ЧАСТОТА
Охоплення	Кількість унікальних учасників програми	Журнал участі	Щомісяця
Охоплення	Частка людей 60+ у громаді, які скористалися хоча б одним видом підтримки	Дані програми та доступні демографічні дані громади	Щоквартально
Охоплення	Профіль учасників за статтю, віком, статусом ВПО, місцем проживання та іншими важливими ознаками	Коротка реєстраційна анкета	Під час першого звернення
Результат	Зміна депресивних проявів серед учасників, для яких GDS-15 обґрунтовано застосували	Добровільне конфіденційне опитування підготовленим працівником; не для суцільного охоплення	У погоджені моменти оцінювання, якщо повторне застосування справді потрібне
Результат	Зміна суб'єктивного відчуття самотності серед учасників, для яких TILS доречна	Добровільне конфіденційне опитування; результат доповнюють розмовою	У погоджені моменти оцінювання, без обов'язкового фіксованого інтервалу
Результат	Частка учасників, які повідомляють про позитивні зміни у своєму стані, соціальних зв'язках або повсякденному функціонуванні	Коротке підсумкове опитування	Після завершення активності або циклу

ТИП	ІНДИКАТОР	МЕТОД	ЧАСТОТА
Результат	Частка учасників, які досягли визначеної разом із фахівцем індивідуальної цілі	Коротка форма оцінювання результату	Після завершення циклу
Процес	Частка запланованих активностей, проведених у визначений строк	План і журнал програми	Щомісяця
Процес	Частка залучених фахівців і волонтерів, які пройшли необхідну підготовку	Реєстр навчання	Щоквартально
Процес	Частка фахівців і волонтерів, які отримують супервізійну або інтервізійну підтримку з визначеною програмою періодичністю	Журнал супервізій та інтервізій	Щоквартально
Процес	Частка скерувань, за якими отримано зворотний зв’язок або підтверджено звернення людини за її згодою	Реєстр скерувань	Щомісяця
Утримання	Частка учасників, які завершили передбачений цикл групової програми	Журнал групи	Після завершення кожного циклу
Утримання	Частка волонтерів, які продовжують участь у програмі через 3 місяці	Реєстр команди	Щоквартально

Команда має заздалегідь визначити, хто збирає й аналізує дані, як захищають персональну інформацію та які рішення ухвалюють за результатами. Наприклад, низьке охоплення мешканців віддалених сіл може стати підставою для виїзних заходів, а значна частка незавершених скерувань – для перегляду маршруту взаємодії між службами.

Основне правило – збирайте лише ті дані, які потрібні для конкретних рішень. Якщо команда не розуміє, як використає певний показник, його не варто включати до системи моніторингу.

4.5 Адаптація Центрів життєстійкості для аудиторії 60+

Центри життєстійкості є одним із основних офлайн-компонентів Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?». Для підвищення доступності та доречності підтримки для людей 60+ центри життєстійкості можуть адаптувати окремі компоненти своєї роботи з урахуванням місцевих потреб і наявних ресурсів.

НАПРЯМ АДАПТАЦІЇ	ЩО ЗМІНИТИ	ЧОМУ ВАЖЛИВО
Компетентність команди	Забезпечити базову підготовку працівників центру з психології старіння та особливостей підтримки людей 60+; визначити в команді відповідальну особу за координацію цього напряму; за потреби залучати фахівців із відповідними знаннями до консультування та супервізії	Це допоможе краще враховувати вікові зміни, множинні втрати, стан здоров'я, соціальну ізоляцію та потреби людей старшого віку без запровадження окремої посади в кожному центрі
Організація занять	Проводити заходи переважно в денний час; передбачати комфортну тривалість занять, регулярні перерви та невеликі групи; адаптувати розклад до потреб і можливостей учасників	Гнучкий формат зменшує втомлюваність, полегшує участь людей із порушеннями здоров'я та дає змогу приділити увагу кожному учасникові
Доступність простору	Забезпечити безбар'єрний вхід і пересування приміщенням, достатнє освітлення, зручні місця для сидіння, доступний туалет і можливість відпочити; надавати зрозумілу інформацію про доступність центру	Фізична доступність, безпека і комфорт визначають, чи зможуть люди з обмеженою мобільністю, порушеннями зору або іншими функціональними обмеженнями користуватися послугами центру
Взаємодія з первинною медичною допомогою	Узгодити маршрути інформування і скерування з центрами первинної медико-санітарної допомоги та іншими закладами охорони здоров'я; поширювати інформацію в місцях, які відвідують люди старшого віку; проводити спільні інформаційні й навчальні заходи	Медичні працівники регулярно контактують із багатьма людьми 60+ і можуть інформувати їх про доступну підтримку та, за згодою людини, рекомендувати звернення до центру

НАПРЯМ АДАПТАЦІЇ	ЩО ЗМІНИТИ	ЧОМУ ВАЖЛИВО
Взаємодія із соціальними службами	Визначити контактних осіб і погодити порядок виявлення потреб, скерування та зворотного зв'язку; за згодою людини координувати підтримку у складних випадках; проводити періодичні робочі зустрічі	Соціальні працівники можуть підтримувати зв'язок із людьми, які живуть ізольовано, мають обмежену мобільність або не звертаються по допомогу самостійно
Низькопорогові формати участі	Організовувати відкриті неформальні зустрічі без складної реєстрації та обов'язкового тривалого залучення; використовувати зрозумілі назви, просту мову і теми, пов'язані з повсякденним життям (наприклад, «Кав'ярня розмов»)	Такий формат полегшує перше знайомство із центром для людей, які не готові звертатися по психологічну допомогу або насторожено ставляться до неї
Проактивне залучення	Налагодити персональне інформування людей, які можуть перебувати в соціальній ізоляції; пропонувати телефонний контакт, домашні візити або супровід до центру відповідно до потреб і лише за згодою людини	Без додаткових способів залучення люди з обмеженою мобільністю, слабкими соціальними зв'язками або недостатньою поінформованістю можуть залишатися поза підтримкою

4.6 Рекомендації для державного рівня

Розвиток психосоціальної підтримки людей старшого віку потребує узгоджених рішень у державній політиці, підготовці кадрів, фінансуванні та дослідженнях. Наведені нижче рекомендації адресовано центральним органам виконавчої влади, органам місцевого самоврядування, закладам освіти, науковим установам та надавачам послуг. Їх слід упроваджувати поступово, з урахуванням наявних ресурсів, регіональних відмінностей і результатів пілотування.

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ТА НОРМАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

- Враховувати потреби людей старшого віку під час розроблення та оновлення державних, регіональних і місцевих програм у сфері психічного здоров'я, соціального захисту, активного довголіття та безбар'єрності. Передбачати конкретні завдання, відповідальних виконавців, ресурси й вимірювані результати.

- Визначити базові вимоги до доступності та якості психосоціальної підтримки людей 60+ у межах чинних стандартів і порядків надання послуг. Вимоги мають охоплювати доступне інформування, раннє виявлення потреб, консультування, групову підтримку, кризове реагування, скерування та міжвідомчу взаємодію.

- Переглянути чинні професійні й освітні вимоги до фахівців, які працюють із людьми старшого віку, та визначити, яких компетентностей із психології старіння їм бракує. Розвивати відповідні компетентності в межах наявних професій системи.

- Розробити засади програм підтримки за принципом «рівний-рівному» для людей старшого віку. Визначити межі ролі волонтера, вимоги до підготовки, супроводу, супервізії, конфіденційності та скерування до професійної допомоги.

- Оцінювати вплив нових політик і програм на психічне здоров'я людей старшого віку. Для цього можна адаптувати наявні міжнародні інструменти оцінювання політик, зокрема підхід Seniors Mental Health Policy Lens, після перевірки його придатності до українського контексту.

ПІДГОТОВКА ТА ПІДТРИМКА КАДРІВ

- Включати компетентності з психології старіння, вікових змін, множинних втрат, соціальної ізоляції, когнітивних порушень і міждисциплінарної взаємодії до освітніх програм психологів, соціальних працівників, фахівців з реабілітації, медичних працівників та інших спеціалістів, які працюють із людьми 60+.

- Розробити короткі практичні програми підвищення кваліфікації для працівників центрів життєстійкості, соціальних служб, закладів охорони здоров'я, територіальних центрів та громадських організацій. Обсяг і періодичність навчання слід визначати відповідно до професійних функцій, вихідного рівня компетентності та чинних вимог до безперервного професійного розвитку.

- Забезпечити фахівцям, які працюють зі складними випадками, доступ до супервізійної, інтервізійної та методичної підтримки.

- Залучати ВООЗ, установи Європейського Союзу, профільні міжнародні організації та академічні центри до обміну досвідом, підготовки викладачів і тренерів, а також адаптації доказових програм до українського контексту.

МОНІТОРИНГ І ДОСЛІДЖЕННЯ

- Забезпечувати належне представлення людей старшого віку в загальнонаціональних дослідженнях психічного здоров'я. За можливості виокремлювати вікові підгрупи, оскільки потреби людей віком 60–69, 70–79 і 80 років та старших можуть істотно відрізнятися.

- Періодично оцінювати психологічний добробут, самотність, соціальні зв'язки, функціонування, потребу в підтримці та доступ до послуг серед людей старшого віку. Періодичність і розмір вибірки слід визначати з огляду на мету дослідження та необхідну статистичну точність, а не встановлювати однаковими для всіх досліджень.

- Поєднувати кількісні дані з інтерв'ю, фокус-групами та консультаціями з людьми старшого віку, сімейними доглядальниками й надавачами послуг. Це допоможе виявляти бар'єри, яких не видно в адміністративній статистиці.

- Передбачати дезагрегацію даних за віком, статтю, місцем проживання, статусом ВПО, інвалідністю, рівнем мобільності та іншими ознаками, якщо це методологічно обґрунтовано й не створює ризику ідентифікації учасників.

- Використовувати результати моніторингу для коригування програм і розподілу ресурсів. Збирання даних має відбуватися з дотриманням добровільності, конфіденційності та вимог щодо захисту персональних даних.

ПРІОРИТЕТИ ДЕРЖАВНОГО ТА МІСЦЕВОГО ФІНАНСУВАННЯ

НАПРЯМ ФІНАНСУВАННЯ	ОБҐРУНТУВАННЯ
Адаптація роботи центрів життєстійкості та інших доступних у громадах просторів до потреб людей 60+	Дає змогу використати наявну інфраструктуру, забезпечити офлайн-доступ і наблизити підтримку до місця проживання
Підвищення компетентності фахівців у сфері психології старіння	Допомагає враховувати вікові зміни, множинні втрати, стан здоров'я, соціальну ізоляцію та особливості комунікації
Виїзні, домашні й телефонні формати підтримки	Розширює доступ для людей з обмеженою мобільністю, мешканців віддалених населених пунктів і тих, хто живе ізольовано
Офлайн-доступ до інформації та підтримка цифрової грамотності	Зменшує бар'єри для людей, які не мають цифрових пристроїв, доступу до інтернету або необхідних навичок
Соціальне замовлення та конкурсне фінансування громадських організацій	Дає змогу залучити організації, які мають досвід роботи з людьми старшого віку, за умови чітких вимог до якості, звітності та оцінювання результатів

НАПРЯМ ФІНАНСУВАННЯ	ОБҐРУНТУВАННЯ
Дослідження потреб і оцінювання результатів програм	Створює підґрунтя для рішень, що спираються на дані, та допомагає спрямовувати ресурси на найбільш результативні заходи
Адаптація цифрових ресурсів Програми «Ти як?»	Поліпшує зрозумілість і доступність матеріалів для людей із віковими змінами зору, слуху, уваги або цифрових навичок

4.7 Міжсекторальна координація

Потреби людей старшого віку часто охоплюють одночасно психічне й фізичне здоров'я, соціальну підтримку, догляд, безпеку та повсякденне функціонування. Жодна служба не може задовольнити їх самостійно. Сімейний лікар може помітити ознаки погіршення психічного стану, соціальний працівник – соціальну ізоляцію або труднощі із самообслуговуванням, а працівник чи волонтер центру життєстійкості – втрату інтересу до звичних занять або потребу в додатковій підтримці. Узгоджена взаємодія допомагає уникнути дублювання, суперечливих рекомендацій і втрати контакту з людиною під час переходу між службами.

Основні механізми координації

Координаційні зустрічі та обговорення складних випадків. Представники залучених служб можуть проводити регулярні робочі зустрічі для узгодження маршрутів допомоги, розв'язання системних проблем і, за потреби, обговорення складних випадків. До участі можуть долучатися працівники центру життєстійкості, соціальних служб, первинної медичної допомоги, надавачі спеціалізованої допомоги та координатор відповідної місцевої програми.

Періодичність і склад учасників слід визначати з огляду на кількість випадків та можливості громади. Інформацію про конкретну людину можна обговорювати лише в обсязі, необхідному для координації допомоги, за наявності належної правової підстави та, коли це потрібно, її поінформованої згоди. Навіть знеособлений опис може дати змогу впізнати людину в невеликій громаді, тому учасники мають дотримуватися вимог конфіденційності.

Узгоджений алгоритм скерування. Кожна залучена служба має розуміти:

- які ознаки свідчать про потребу в додатковому оцінюванні або допомозі;
- куди і як можна скерувати людину;
- у яких ситуаціях потрібне невідкладне реагування;
- хто відповідає за супровід і перевірку результату скерування;
- як отримати зворотний зв'язок без порушення конфіденційності.

Результат GDS-15 або TILS не є діагнозом і не визначає маршрут допомоги автоматично. Його розглядають разом зі скаргами людини, її повсякденним функціонуванням, станом здоров'я, життєвими обставинами та оцінкою підготовленого фахівця. Якщо виявлено суїцидальний ризик, гостру сплутаність, психотичні прояви, насильство, занедбаність або іншу безпосередню загрозу, працівник діє за окремим алгоритмом кризового реагування. Докладні маршрути наведено в підрозділах 6.8 і 7.8.

Облік і супровід скерувань. Для відстеження скерувань доцільно використовувати захищений журнал або іншу систему обліку, доступ до якої мають лише уповноважені працівники. Вона може містити дату, вид потреби, установу, до якої скеровано людину, відповідального працівника та відомості про результат, якщо людина погодилася на такий супровід.

Створення спільної міжвідомчої бази персональних даних не слід розглядати як універсальне рішення. Воно потребує чіткої правової підстави, визначеної мети, розмежування прав доступу, захисту даних, установлених строків їх зберігання та інформування людини про використання її інформації. За відсутності цих умов безпечніше вести окремий облік у кожній установі та обмінюватися лише мінімально необхідними відомостями в установленому порядку.

Визначені контактні особи. У кожній залученій установі доцільно визначити працівника, який підтримує актуальний перелік послуг і контактів, допомагає розв'язувати труднощі зі скеруванням та бере участь у координаційних зустрічах. Це створює зрозумілий канал взаємодії, але не перекладає всю відповідальність за допомогу людині на одного координатора.

4.8 Фінансування програм підтримки 60+

Стійкість програм підтримки людей старшого віку залежить не лише від обсягу фінансування, а й від поєднання кількох джерел. Опора на одного донора або короткостроковий грант створює ризик припинення послуг після завершення проєкту. Тому фінансову модель варто планувати разом із самою програмою, розмежовуючи базові послуги, які потребують постійного фінансування, і додаткові заходи, для яких можна залучати грантові чи благодійні кошти.

ДЖЕРЕЛО ФІНАНСУВАННЯ	ЩО МОЖЕ ФІНАНСУВАТИ	ЩО СЛІД ВРАХУВАТИ
Місцеві бюджети	Роботу комунальних установ і соціальних служб, місцеві програми психосоціальної підтримки, виїзні та денні формати, інформування населення, окремі послуги й заходи	Фінансування потребує обґрунтування потреби, включення заходів до місцевої програми, визначення відповідального виконавця та ухвалення бюджетного рішення

ДЖЕРЕЛО ФІНАНСУВАННЯ	ЩО МОЖЕ ФІНАНСУВАТИ	ЩО СЛІД ВРАХУВАТИ
Програма медичних гарантій	Медичні послуги у сфері психічного здоров'я, передбачені відповідними пакетами, зокрема допомогу на первинному та спеціалізованому рівнях	Заклад має відповідати умовам закупівлі та специфікаціям відповідного пакета і мати договір із НСЗУ. Не всі види психосоціальної підтримки належать до медичних послуг і можуть оплачуватися за Програмою медичних гарантій
Державні та місцеві програми соціального захисту	Соціальні послуги, денний догляд, консультування, соціальний супровід, підтримане проживання, натуральну допомогу та інші передбачені законодавством послуги	Можливість фінансування залежить від визначених потреб населення, місцевих програм, бюджетної спроможності та встановленого порядку надання соціальних послуг
Соціальне замовлення та інші конкурсні механізми	Надання соціальних послуг громадськими, благодійними та іншими недержавними організаціями за бюджетні кошти	Потрібні чітко визначена послуга, критерії до надавача, порядок конкурсного відбору, договір, контроль якості та звітування про результати
Міжнародні донори та програми технічної допомоги	Пілотні проєкти, розвиток спроможності громад і організацій, навчання фахівців, дослідження, інноваційні моделі та підтримку окремих вразливих груп	Пріоритети й умови залежать від конкретного конкурсу. Зазвичай потрібні обґрунтування проблеми, вимірювані результати, належне управління, звітність і план продовження діяльності після завершення гранту
Благодійні фонди та відповідальний бізнес	Обладнання, облаштування доступного простору, транспорт, інформаційні заходи, навчання, цифрові рішення та окремі активності	Домовленості мають відповідати меті програми, етичним вимогам і правилам прозорості. Публічність партнера не повинна порушувати приватність учасників або перетворювати їхні історії на рекламний матеріал
Власні та залучені ресурси громади	Приміщення, транспорт, робочий час працівників, волонтерську участь, інформаційні канали та організаційну підтримку	Нефінансовий внесок також потрібно планувати й оцінювати. Волонтерство не має замінювати професійні послуги або системну працю, яка потребує належної оплати

Як формувати фінансову модель

Перед пошуком коштів варто визначити:

- які послуги мають надаватися постійно, а які можуть бути тимчасовими або пілотними;
- які витрати може покрити громада в межах чинних програм та установ;
- які компоненти відповідають умовам державного фінансування або Програми медичних гарантій;
- що доцільно пропонувати міжнародним чи благодійним партнерам;
- як програма продовжить роботу після завершення зовнішнього фінансування;
- які витрати потребуватимуть поступового переходу на місцеве або державне фінансування.

План сталості не обов'язково означає, що громада відразу перебере на себе всі витрати. Реалістичними рішеннями можуть бути поетапне співфінансування, інтеграція окремих функцій у роботу чинних установ, підготовка місцевих фахівців, використання наявної інфраструктури та поєднання бюджетних і позабюджетних ресурсів.

Поширені недоліки заявок на фінансування

Надто широке визначення цільової групи. Формулювання «люди старшого віку у складних життєвих обставинах» не пояснює, кому саме, де і з якими потребами допомагатиме програма.

Недостатнє обґрунтування потреби. Заявка має спиратися на доступні дані, консультації з людьми старшого віку, аналіз наявних послуг і бар'єрів доступу. Повномасштабне оцінювання потреб потрібне не для кожної малої ініціативи, однак навіть невеликий проєкт має показати, на чому ґрунтується запропоноване рішення.

Підміна результатів кількістю заходів. Кількість проведених зустрічей або охоплених осіб описує діяльність, але не доводить її користі. Варто також оцінювати доступність, регулярність участі, задоволеність, зміни в соціальній залученості, добробуті чи здатності користуватися підтримкою.

Нереалістичні обіцянки. Програма не може гарантувати усунення депресії, самотності або інших складних проблем у визначеного відсотка учасників. Очікувані результати мають відповідати тривалості, змісту й масштабу втручання.

Відсутність плану продовження програми. Потрібно заздалегідь визначити, які компоненти збережуться після завершення фінансування, хто відповідатиме за них і з яких джерел покриватимуться подальші витрати.

Недооцінювання супровідних витрат. У бюджеті слід враховувати не лише безпосереднє проведення заходів, а й координацію, підготовку працівників, супервізію, доступність приміщень і матеріалів, транспорт, інформування, захист даних, моніторинг та оцінювання.

Фінансування слід розглядати не як окремий завершальний етап, а як складову проєктування програми. Від обраної моделі залежить, чи зможе підтримка працювати регулярно, зберігати якість і залишатися доступною після завершення пілотного періоду або гранту.

4.9 Публічна комунікація та протидія стигмі

Публічна комунікація має допомогти людям старшого віку зрозуміти призначення програми, довіряти організаторам і знати, де отримати підтримку. Вона формує суспільне ставлення до психічного здоров'я у старшому віці, але не замінює особистого запрошення та організації першого контакту. Практичні способи пошуку, залучення й утримання учасників наведено в підрозділі 5.7.

Принципи публічної комунікації

Говоріть зрозуміло й конкретно. Пояснюйте, для кого призначена програма, що саме відбуватиметься, яку користь може отримати людина, де й на яких умовах проходять заходи та як долучитися.

Показуйте практичну користь без нереалістичних обіцянок. Зміст повідомлення має відповідати реальним можливостям програми й доступним маршрутам допомоги.

Нормалізуйте звернення по підтримку без ярликів і надмірної медикалізації. Самотність, горювання, тривога або виснаження не свідчать про слабкість і можуть виникати в будь-якому віці.

Використовуйте поважну й недискримінаційну мову. Не подавайте людей 60+ як однорідну, безпорадну групу та не зводьте їхні труднощі до віку.

Показуйте різноманітність досвіду, ролей і можливостей людей старшого віку. Залучайте представників цільової групи до розроблення й тестування повідомлень та візуальних матеріалів.

Забезпечуйте інформаційну доступність: читабельний шрифт, чіткий контраст, просту структуру, зрозумілі контактні дані та кілька способів зв'язку, зокрема телефоном.

Протидія стигмі та віковим стереотипам

Комунікація не має сперечатися з людиною або спонукати до участі через страх чи сором. Доцільно визнавати причину недовіри, пояснювати можливу користь підтримки й залишати людині право вибору.

ПОШИРЕНЕ УЯВЛЕННЯ	ЩО ВАРТО ПОЯСНИТИ
«До психолога звертаються лише люди із серйозними психічними розладами»	До психолога можна звертатися через втрату, самотність, тривогу, виснаження, порушення сну або складні життєві зміни

ПОШИРЕНЕ УЯВЛЕННЯ	ЩО ВАРТО ПОЯСНИТИ
«Я маю впоратися самостійно»	Підтримка є додатковим ресурсом, а не свідченням безпорадності. Вона може допомогти зберегти сили для того, що важливо людині
«У моєму віці вже нічого не змінити»	Навіть невеликі досяжні зміни можуть полегшити повсякденне життя, відновити спілкування або допомогти краще пристосуватися до нових обставин

Комунікація на державному та місцевому рівнях

На державному рівні комунікація має формувати суспільну норму: потреба у психосоціальній підтримці може виникнути в будь-якому віці, звернення по неї є звичайним способом подбати про себе, а старший вік не означає безпорадності чи нездатності до змін.

Державна комунікація може охоплювати:

- загальнонаціональні й регіональні інформаційні кампанії на телебаченні, радіо, у друкованих та цифрових медіа, громадському транспорті й публічних просторах;
- участь людей старшого віку, яким довіряють різні аудиторії, зокрема відомих діячів, представників громад і самих учасників програм;
- зрозуміле пояснення, які види підтримки доступні, де їх отримати та чи є вони безоплатними;
- узгодження загальнонаціональних повідомлень із місцевими маршрутами допомоги, щоб кампанія не створювала попиту на послуги, яких немає або до яких неможливо потрапити;
- підготовку рекомендацій і навчальних матеріалів для журналістів, комунікаційних команд органів влади та надавачів послуг.

1 жовтня, Міжнародний день людей старшого віку, і 10 жовтня, Всесвітній день психічного здоров'я, можуть привертати додаткову увагу до теми. Водночас комунікація не має обмежуватися пам'ятними датами. Найбільший ефект дають послідовні повідомлення впродовж року, пов'язані з реально доступними послугами. Гасла на кшталт «Попросити про допомогу означає подбати про себе» можна використовувати як загальний мотив кампанії, але їх варто попередньо перевіряти за участю різних груп людей 60+. Одне універсальне повідомлення може неоднаково сприйматися людьми, які живуть самі, доглядають близьких, мають інвалідність, пережили переміщення або втрату.

Орієнтири для медіа та комунікаційних команд

КРИТЕРІЙ	ЧОГО ВАРТО УНИКАТИ	ЩО ВАРТО ВИКОРИСТОВУВАТИ
Формулювання	Ярликів: «депресивна людина», «жертва», «самотня старенька»	Мову, зосереджену на людині: «людина з ознаками депресії», «людина, яка переживає втрату», «людина, яка почувається самотньою»
Образ людини	Подання людей старшого віку лише як безпорадних отримувачів допомоги	Показ різних життєвих ситуацій, ролей, інтересів і способів участі в житті громади
Зображення	Постановних образів «сумної бабусі біля вікна», фото без зв'язку зі змістом матеріалу	Людей у природному контексті: удома, на прогулянці, під час спілкування, роботи, навчання або улюбленого заняття
Пояснення причин	Зведення складного стану до віку, характеру чи особистої слабкості	Пояснення взаємодії особистих і соціальних чинників: втрати, війни, стану здоров'я, ізоляції, бідності, недоступності послуг
Особисті історії	Тиску на людину, надмірного драматизування, розкриття чутливих подробиць	Добровільну поінформовану згоду, право відмовитися від участі та попереднє погодження способу представлення історії
Завершення матеріалу	Безнадійного фіналу або абстрактної поради «зверніться по допомогу»	Перевірені і актуальні контакти конкретних служб, пояснення умов звернення та алгоритму дій у кризовій ситуації

Для журналістів доцільніше встановлювати не загальну «заборону» певних образів, а чіткі редакційні й етичні стандарти. Вони мають захищати гідність, приватність і право людини самостійно визначати, як буде представлено її досвід.

Як оцінювати ефективність комунікації

Моніторинг має показувати не лише охоплення кампанії, а й те, чи допомогла вона людям знайти та отримати підтримку.

ЩО ОЦІНЮВАТИ	ЯК ЗБИРАТИ ДАНІ	ЯК ВИКОРИСТОВУВАТИ РЕЗУЛЬТАТИ
Звідки люди дізналися про програму	Одне запитання під час першого звернення з можливістю назвати кілька джерел	Визначати канали, які реально приводять людей до програми
Чи зрозуміле повідомлення	Коротке тестування матеріалів із представниками різних груп людей 60+	Спрощувати текст, уточнювати зміст послуги та умови участі
Ставлення до звернення по підтримку	Коротке анонімне опитування до і після кампанії за однаковими запитаннями	Обережно оцінювати зміни у ставленні та коригувати повідомлення
Кількість звернень і нових учасників	Порівняння даних до, під час і після кампанії	Виявляти можливий зв'язок між кампанією та попитом на послуги
Перехід від звернення до участі	Частка людей, які після першого контакту долучилися до програми або отримали скерування	Виявляти бар'єри запису, очікування, транспорту, доступності чи довіри
Охоплення різних груп	Дані про вік, місце проживання та інші характеристики, які збирають лише за потреби й належної правової підстави	Визначати, кого кампанія не охопила, і добирати додаткові канали
Причини відмови або припинення участі	Добровільне коротке опитування без тиску	Поліпшувати не лише комунікацію, а й організацію самої програми

Просте порівняння кількості учасників за місяць до і після запуску не доводить, що зміни спричинила саме кампанія. На звернення можуть впливати сезонність, зміна доступності послуг, активність партнерів та зовнішні події. Так само показник «витрати на кампанію / кількість нових учасників» дає лише орієнтовну вартість залучення, а не повноцінну оцінку суспільної користі чи повернення інвестицій.

Якщо більшість учасників називає джерелом інформації сімейного лікаря, це свідчить про важливість цього каналу, але не обов'язково означає, що слід зосередити всі ресурси лише на ньому. Потрібно також перевірити, які групи не мають регулярного контакту із системою охорони здоров'я та залишаються поза охопленням.

Комунікація у сфері психосоціальної підтримки є невіддільною частиною самої програми: вона формує довіру, зменшує бар'єри та допомагає людині зробити перший крок до підтримки. Найдієвішим каналом часто стає особиста рекомендація людини або фахівця, якому довіряють. Цифрові засоби мають доповнювати, а не витісняти особисте спілкування, телефонний зв'язок, місцеві медіа та друковані матеріали. Повідомлення й канали слід добирати з урахуванням віку, життєвих обставин, потреб і звичних способів отримання інформації.

Комунікаційну стратегію варто перевіряти на практиці, оцінювати за даними та вдосконалювати з урахуванням відгуків людей 60+.

Архітектура системи підтримки 60+ починається не з окремих заходів, а з рішення про те, як п'ять рівнів континууму, механізми координації та комунікаційна стратегія складаються в єдине ціле. П'ятирівнева модель слугує хребтом усієї системи, а аналіз прогалин – інструментом прицільного закриття найкритичніших дефіцитів. Без цих двох інструментів навіть найщиріші зусилля команди залишатимуться реактивними, а не системними.

РОЗДІЛ 5. ЗАПУСК ПРОГРАМИ

Цей розділ адресований координаторам Центрів життєстійкості, керівникам НУО, посадовцям органів місцевого самоврядування та програмним менеджерам. Він охоплює все необхідне для запуску програми психосоціальної підтримки 60+ з нуля: від аналізу потреб – через побудову команди і фінансування – до детального каталогу форматів роботи.

5.1 Вивчення потреб громади протягом перших 90 днів

Програму варто починати не з вибору готового формату, а зі з'ясування, кому саме потрібна підтримка, які труднощі мають ці люди, що вже працює у громаді та чого бракує. Це допомагає не дублювати наявні послуги, реалістично визначити цільову групу й обрати рішення, яке відповідає місцевим умовам.

Для невеликої місцевої програми початкове вивчення потреб можна провести за 2–4 тижні. Воно не замінює повномасштабного дослідження і не дає статистично репрезентативних висновків, але створює достатню основу для пілотного запуску. Масштабніша програма потребуватиме ширшої вибірки, залучення фахівців із досліджень і більш докладного аналізу даних. Розглянемо п'ять кроків вивчення потреб.

КРОК	ЩО ПОТРІБНО ЗРОБИТИ	ПРАКТИЧНИЙ РЕЗУЛЬТАТ
1. Зібрати базові дані	Отримати доступні дані органу місцевого самоврядування, соціальних служб, закладів охорони здоров'я та інших установ. З'ясувати орієнтовну кількість людей 60+, зокрема внутрішньо переміщених осіб, людей, які живуть самі, мають обмежену мобільність або потребують постійного догляду. Окремо перевірити, скільки людей вже користуються соціальними, медичними та психосоціальними послугами	Короткий профіль цільової групи та території
2. Поговорити з людьми старшого віку	Провести щонайменше 8–10 напівструктурованих інтерв'ю з людьми, які мають різні життєві обставини. Доцільно залучити людей, які живуть самі й у родині, місцевих жителів і ВПО, активних та маломобільних людей, мешканців центру й віддалених населених пунктів	Перелік основних потреб, бар'єрів, джерел підтримки й прийнятних форматів участі
3. Зібрати бачення фахівців і партнерів	Провести 4–6 розмов із соціальними працівниками, сімейними лікарями, психологами, представниками громадських чи релігійних організацій, бібліотек, центрів життєстійкості та інших установ, які регулярно контактують із людьми 60+	Інформація про групи, які залишаються поза охопленням, наявні маршрути допомоги та організаційні обмеження
4. Обговорити попередні висновки	Провести одну або дві невеликі групові дискусії з людьми старшого віку. Перевірити, чи правильно команда зрозуміла їхні потреби, що заважає участі, які формати й місця зустрічей прийнятні, а які рішення вже випробовували	Уточнена картина потреб і практичні вимоги до програми
5. Зіставити потреби з ресурсами та визначити пріоритети	Позначити на карті громади наявні послуги, приміщення, фахівців, транспортні можливості, інформаційні канали й потенційних партнерів. Визначити 2–3 пріоритетні проблеми, які програма справді може розв'язувати або пом'якшувати	Стисла довідка на 5–10 сторінок із висновками, пріоритетами та обґрунтуванням моделі програми

Кількість інтерв'ю є орієнтиром, а не універсальною нормою. У великій або неоднорідній громаді десяти розмов може бути недостатньо. Збір інформації варто продовжувати, доки нові інтерв'ю не перестануть виявляти суттєво відмінні потреби й бар'єри.

Розмову краще проводити там, де людині зручно й безпечно: удома, у звичному громадському просторі, соціальній установі або закладі охорони здоров'я.

Місце слід погодити з людиною, а не визначати замість неї. Питання варто ставити природно, без заповнення складної анкети під час розмови.

Орієнтовні запитання для інтерв'ю можуть бути такими:

1. Розкажіть, будь ласка, як змінилося ваше повсякденне життя протягом останніх двох-трьох років.
2. Що у вашому житті зараз дається найважче?
3. Що допомагає вам почуватися краще або зберігати сили?
4. З ким ви зазвичай спілкуєтеся? До кого можете звернутися, коли вам складно?
5. Чи є у громаді місця, заходи або служби, якими ви користуєтеся? Що в них зручне, а що варто змінити?
6. Якої підтримки вам зараз бракує?
7. Чи були б вам цікаві зустрічі, спільні заняття або індивідуальні консультації? Який формат був би для вас найзручнішим?
8. Що могло б завадити вам долучитися: стан здоров'я, транспорт, час, вартість, недовіра, сімейні обов'язки чи щось інше?
9. Від кого або з якого джерела ви хотіли б дізнаватися про такі можливості?
10. Чи є серед людей, яких ви знаєте, ті, кому складно отримати підтримку? Що саме їм заважає?

Перед початком потрібно пояснити мету розмови, добровільність участі та спосіб використання інформації. Не слід збирати прізвища, діагнози та інші чутливі відомості, якщо вони не потрібні для визначеної мети й команда не має належних підстав та умов для їх захисту. Якщо під час розмови людина повідомляє про гостру кризу або небезпеку, команда має діяти за заздалегідь підготовленим алгоритмом скерування, а не перетворювати інтерв'ю на консультацію.

Перед вибором моделі програми команда має перевірити, чи достатньо ми знаємо про цільову групу. Тобто варто з'ясувати:

- чи відома орієнтовна кількість людей 60+ на території охоплення;
- чи є дані про внутрішньо переміщених людей 60+;
- чи враховано відмінності між центром громади, віддаленими населеними пунктами й сільськими територіями;
- чи визначено групи, які можуть залишатися поза увагою: людей, які живуть самі, мають обмежену мобільність, сенсорні порушення, доглядають близьких або не користуються цифровими засобами;
- чи проведено розмови з людьми старшого віку з різними життєвими обставинами;
- чи відомо, кому вони довіряють і через які канали отримують інформацію;
- чи визначено потенційних посередників: сімейних лікарів, соціальних працівників, працівників аптек, бібліотекарів, представників релігійних і громадських організацій;

- чи складено перелік наявних послуг, щоб доповнювати їх, а не створювати дублювання;
- чи перевірено доступність приміщень, транспорту, зв'язку та способів запису;
- чи сформульовано 2–3 пріоритетні потреби, на які програма реально може відповісти.

Відповідь «так» на всі запитання не означає, що команда вже знає про громаду все. Це лише мінімальна готовність до пілотного запуску. Потреби й бар'єри слід уточнювати протягом усієї роботи програми. Нижче наведено план перших 90 днів.

ПЕРІОД	КЛЮЧОВІ ДІЇ	ОЧІКУВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ
Тижні 1–2	Зібрати доступні кількісні дані; визначити територію та попередню цільову групу; розпочати інтерв'ю з людьми 60+ і фахівцями	Початковий профіль громади та перелік питань, які потребують уточнення
Тижні 3–4	Завершити основні інтерв'ю; скласти карту послуг, ресурсів і потенційних партнерів; провести переговори з органом місцевого самоврядування, соціальними службами та закладами охорони здоров'я	Карта ресурсів і партнерів; попередній перелік прогалин
Тижні 5–6	Провести групові обговорення; визначити 2–3 пріоритетні потреби; обрати модель програми; уточнити критерії участі; сформувати команду та маршрут скерування	Стисла довідка про потреби; обґрунтована модель програми; визначені ролі команди
Тижні 7–8	Підготувати команду й, за потреби, волонтерів-ровесників; перевірити приміщення, доступність, захист даних і кризовий алгоритм; провести інформаційне залучення; розпочати пілот	Команда готова до роботи; залучено першу невелику групу учасників
Тижні 9–12	Провести пілотний цикл; відстежувати звернення, участь, відмови й бар'єри; зібрати відгуки; скоригувати формат, графік, комунікацію та маршрути допомоги	Перша перевірена версія програми та рішення про її подальше розгортання

Орієнтир у 10–15 учасників може бути доцільним для невеликого пілоту, але не має бути обов'язковим показником для кожної моделі. Для індивідуального супроводу, домашніх візитів чи роботи з маломобільними людьми реалістичний обсяг буде меншим. Важливіше не швидко набрати встановлену кількість учасників, а перевірити, чи доходить програма до визначеної цільової групи, чи є вона доступною та чи не створює ризиків.

Вивчення потреб не завершується після підготовки початкової довідки. Перші 90 днів є циклом перевірки: команда збирає дані, запускає програму в невеликому масштабі, аналізує досвід учасників і коригує модель до повноцінного розгортання.

5.2 Вибір моделі програми та перевірка її життєздатності

Модель програми слід обирати після вивчення потреб і ресурсів громади, а не лише за наявністю приміщення, команди чи можливості отримати грант. Одна громада може поєднувати кілька моделей: наприклад, проводити групові зустрічі у постійному просторі, організовувати виїзди до віддалених сіл і залучати волонтерів-ровесників для підтримки людей, які рідко виходять з дому. Розглянемо основні моделі програм.

МОДЕЛЬ	КОЛИ ДОЦІЛЬНА	ЩО ПОТРІБНО ДЛЯ ЗАПУСКУ	ОСНОВНІ ОБМЕЖЕННЯ
Постійний простір у громаді	Є достатня кількість людей, які можуть регулярно приходити до одного місця; потрібні групові заняття, спілкування та консультації	Доступне приміщення, координатор, сталий графік, зрозумілий порядок запису й скерування	Не охоплює частину маломобільних людей і мешканців віддалених населених пунктів; потребує постійних витрат на утримання
Послуга на базі чинної установи	У громаді вже працює заклад, якому довіряють люди 60+: центр життєстійкості, соціальна служба, бібліотека, заклад охорони здоров'я або інший місцевий осередок	Письмова домовленість про ролі, визначені години роботи, підготовлений персонал, приватне й доступне місце для зустрічей	Психосоціальна підтримка може стати другорядною функцією; правила установи іноді обмежують доступ або конфіденційність
Мобільна або виїзна робота	Населені пункти розташовані далеко один від одного, транспорт обмежений або значна частина цільової групи не може самостійно дістатися послуги	Транспорт, маршрут і графік виїздів, щонайменше два підготовлені працівники, засоби зв'язку, правила безпеки та передавання інформації	Вища вартість одного контакту, залежність від погоди й безпекової ситуації, складніше забезпечити регулярність

МОДЕЛЬ	КОЛИ ДОЦІЛЬНА	ЩО ПОТРІБНО ДЛЯ ЗАПУСКУ	ОСНОВНІ ОБМЕЖЕННЯ
Підтримка за принципом «рівний рівному»	Людям потрібні регулярне спілкування, взаємодопомога й відновлення соціальних зв'язків; у громаді є вмотивовані люди старшого віку	Відбір і навчання волонтерів-ровесників, координатор, супервізійна підтримка, чіткі межі ролі та маршрут скерування	Не замінює професійної психологічної, медичної чи соціальної допомоги; без супроводу зростає ризик перевантаження волонтерів
Дистанційна або телефонна підтримка	Особисті зустрічі тимчасово неможливі або потрібен додатковий контакт між ними	Доступний телефонний канал, підготовлена команда, правила конфіденційності, перевірка цифрових навичок та альтернативний спосіб зв'язку	Не підходить усім; може посилювати нерівність доступу для людей із порушеннями слуху, низькою цифровою грамотністю або нестабільним зв'язком

Наведені моделі описують спосіб організації роботи, а не окремі види допомоги. Зміст програми може поєднувати соціальні активності, психоедукацію, групову підтримку, індивідуальні консультації, скерування та практичну допомогу. Конкретний набір компонентів має відповідати потребам цільової групи, компетентності команди й маршрутам до інших послуг. Щоб обрати модель, порівняйте можливі моделі за шістьма критеріями.

КРИТЕРІЙ	ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОМАНДИ
Відповідність потребам	Які саме потреби й бар'єри має зменшити програма? Чи відповідає цьому обраний формат?
Досяжність	Чи зможуть люди дістатися місця проведення, скористатися телефоном або прийняти виїзну команду?
Безпека і доступність	Чи доступне приміщення фізично й інформаційно? Чи можна забезпечити приватність, інформовану згоду, захист даних і дії у кризовій ситуації?

КРИТЕРІЙ	ЗАПИТАННЯ ДЛЯ КОМАНДИ
Спроможність команди	Чи є фахівці з потрібними компетентностями, координатор, супервізійна підтримка та можливість заміни працівників?
Зв’язок з іншими послугами	Куди команда скеровуватиме людину, якщо її потреби виходять за межі програми? Чи погоджено маршрут із партнерами?
Ресурсна життєздатність	Які постійні ресурси потрібні для роботи моделі? Що громада або партнери реально можуть забезпечувати щонайменше протягом пілотного циклу?

Фінансову модель, джерела коштів і вимоги до сталості описано в підрозділі 4.8. На етапі вибору моделі важливо не повторювати пошук усіх можливих джерел фінансування, а перевірити, чи покриває наявний ресурс мінімально необхідні компоненти безпеки та якості. До першого залучення учасників команда має визначити мінімальний пакет готовності до пілоту:

- цільову групу, критерії участі та межі програми;
- відповідального координатора й функції кожного члена команди;
- місце, графік і доступний спосіб запису або першого контакту;
- зміст і тривалість пілотного циклу;
- маршрут скерування до медичних, соціальних, психологічних та екстрених служб;
- порядок дій у разі загрози життю, насильства, гострого погіршення стану або втрати контакту з учасником;
- правила конфіденційності, інформованої згоди та зберігання мінімально необхідних даних;
- потреби в транспорті, засобах зв’язку, матеріалах, доступності та супервізійній підтримці;
- кілька показників, за якими команда оцінить доступність, участь, безпеку й прийнятність програми.

Важливою також є перевірка моделі під час пілоту.

ЩО ПЕРЕВІРЯТИ	ОЗНАКИ ПРОБЛЕМИ	МОЖЛИВЕ РІШЕННЯ
Залучення визначеної цільової групи	Звертаються переважно активні люди, а ті, хто має найбільші бар'єри, залишаються поза програмою	Змінити канали інформування, залучити довірених посередників, додати виїзний або телефонний формат
Регулярність участі	Люди реєструються, але пропускають зустрічі або припиняють участь	З'ясувати причини без тиску; переглянути графік, транспорт, тривалість, доступність і зміст
Навантаження команди	Працівники не встигають документувати роботу, скеровувати учасників або отримувати супервізію	Зменшити початкове охоплення, перерозподілити функції, спростити облік, залучити додаткову підтримку
Безпека і межі компетентності	Команда регулярно стикається з потребами, на які не може належно відповісти	Уточнити критерії участі, посилити маршрут скерування, залучити профільних партнерів
Ресурсна життєздатність	Ключові витрати або внески партнерів не підтверджені після завершення пілоту	Скоригувати масштаб чи модель і узгодити фінансовий план відповідно до підрозділу 4.8

Орієнтовні показники охоплення не слід встановлювати однаково для всіх моделей. Їх визначають після оцінки потреб, тривалості й інтенсивності підтримки, складу команди, відстаней і безпекових умов. Для пілоту важливіше перевірити, чи програма доходить до потрібних людей, чи вони можуть брати участь регулярно і чи команда спроможна підтримувати належну якість.

Обирайте не одну «ідеальну» модель, а найменший життєздатний формат, який відповідає потребам громади, є безпечним і доступним та може працювати регулярно. Після пілотного циклу модель слід скоригувати за даними й відгуками учасників, а вже потім розширювати охоплення.

5.3 Ключові ролі та розподіл відповідальності членів команди програми

Склад команди залежить від обраної моделі програми, кількості учасників і ресурсів громади. На початковому етапі одна людина може поєднувати кілька функцій, однак відповідальність за координацію, професійну підтримку, соціальний супровід і щоденну організацію роботи має бути чітко розподілена.

Базова команда складається з координатора, психолога та соціального працівника. Волонтери-ровесники доповнюють роботу фахівців: підтримують регулярний контакт з учасниками, допомагають помітити зміни в їхньому стані та сприяють залученню людей, які не звертаються по допомогу самостійно. Водночас вони не замінюють психолога, соціального працівника чи медичного фахівця і не повинні виконувати завдання, що потребують професійної кваліфікації.

ПОСАДА / РОЛЬ	ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ	МІНІМАЛЬНА КВАЛІФІКАЦІЯ
Координатор програми	Загальне керівництво програмою; координація команди; взаємодія з партнерами; планування роботи; контроль звітності, моніторингу й оцінювання	Вища освіта у сфері соціальної роботи, психології, громадського здоров'я, управління або суміжній галузі; досвід управління проєктами від одного року
Психолог	Проведення групових та індивідуальних занять; консультування команди; реагування на кризові випадки в межах компетенції; участь у підготовці волонтерів-ровесників; отримання регулярної професійної супервізії	Вища освіта за спеціальністю «Психологія»; бажано досвід роботи з людьми старшого віку, наслідками травматичних подій, втрати або соціальної ізоляції
Соціальний працівник	Виявлення потенційних учасників і встановлення первинного контакту; оцінювання соціальних потреб; домашні візити; інформування про послуги; скерування та взаємодія з місцевими службами	Освіта соціальної роботи або досвід; знання місцевої інфраструктури
Волонтер-ровесник	Регулярне спілкування з визначеною групою учасників; підтримка соціальних контактів; допомога в залученні до заходів; повідомлення відповідального фахівця про ознаки погіршення стану або небезпеки	Орієнтовно 55 років і старше; мотивація та надійність; готовність дотримуватися визначених меж ролі, правил конфіденційності й алгоритмів реагування; проходження початкового навчання

ПОСАДА / РОЛЬ	ОСНОВНІ ФУНКЦІЇ	МІНІМАЛЬНА КВАЛІФІКАЦІЯ
Адміністратор (за потреби)	Ведення організаційної документації; реєстрація відвідувань; комунікація з учасниками; організація приміщень, матеріалів і графіків	Організованість; уважність; базові навички роботи з комп'ютером і документами; коректне поводження з персональними даними

До початку роботи команда визначає, хто приймає звернення, підтримує зв'язок з учасником, ухвалює рішення про скерування та реагує на кризові ситуації. Волонтер-ровесник доповнює роботу фахівців, тому волонтерів потрібно попередньо відібрати, оцінюючи їхню мотивацію, надійність, розуміння меж ролі та готовність співпрацювати з командою.
Орієнтовні запитання для відбору волонтера-ровесника ставлять усно під час співбесіди. Перед розмовою кандидатові пояснюють функції волонтера, навантаження, межі відповідальності та умови підтримки.

1. Чому ви хочете підтримувати людей старшого віку?
2. Як ви розумієте роль волонтера-ровесника?
3. Чи маєте досвід підтримки або догляду за іншою людиною?
4. Чи можете пересуватися громадою та скільки часу готові приділяти волонтерству?
5. Як ви діятимете, якщо помітите значне погіршення стану людини або небезпеку?
6. Чи готові ви проходити навчання, дотримуватися конфіденційності та звертатися до фахівця у складних ситуаціях?
7. Чи є зараз обставини, які можуть ускладнити регулярне волонтерство?
8. Хто, за вашою згодою, може підтвердити вашу надійність?

Особисті питання слід ставити делікатно, без вимоги повідомляти діагнози чи подробиці приватного життя. Після відбору волонтер проходить навчання, отримує визначеного координатора та письмово погоджується з функціями, межами ролі й правилами конфіденційності.

Команда працює безпечно тоді, коли кожен не лише знає власні завдання, а й розуміє межі своєї ролі, порядок передавання інформації та момент, коли до ситуації має долучитися інший фахівець

5.4 Підготовка та підтримка команди

Підготовка залежить від ролі працівника. Волонтери-ровесники проходять окреме початкове навчання, зосереджене на безпечному спілкуванні, межах відповідальності та діях у складних ситуаціях. Вся команда протягом перших трьох місяців опановує спільні підходи й відпрацьовує взаємодію, скерування та реагування на кризу. Наводимо навчальний план для волонтерів-ровесників (16 годин).

МОДУЛЬ	ТЕМА І ЗМІСТ	МЕТОД	ТРИВАЛІСТЬ
Модуль 1	Психологічна стійкість людей 60+; самотність та її наслідки; особисті й соціальні ресурси	Мінілекція, групова робота	4 год
Модуль 2	Активне слухання, емпатійний відгук; корисні й некоректні висловлювання; встановлення меж	Вправи, рольові ігри	4 год
Модуль 3	Ознаки значного погіршення стану, кризи та суїцидального ризику; порядок повідомлення фахівця і скерування	Кейси, запитання і відповіді з психологом	4 год
Модуль 4	Межі ролі волонтера; конфіденційність; власна психологічна безпека; ознаки виснаження і способи отримання підтримки	Групова робота, рефлексія	4 год

Навчання не надає волонтерові повноважень психолога чи соціального працівника. До самостійного контакту з учасниками волонтер має знати, до кого і в який спосіб звертатися в разі складної або кризової ситуації.

Підготовка всієї команди протягом перших трьох місяців може бути реалізована за такими блоками.

БЛОК	ТЕМА	ФОРМАТ І ТРИВАЛІСТЬ	ХТО ПРОВОДИТЬ
Базовий	Психологічна стійкість людей 60+ у воєнному контексті	Лекція + групова робота / 4 год	Психолог або запрошений тренер
Базовий	Самотність і стрес: механізми, прояви та чинники захисту	Мінілекція, кейси / 3 год	Психолог

БЛОК	ТЕМА	ФОРМАТ І ТРИВАЛІСТЬ	ХТО ПРОВОДИТЬ
Базовий	Активне слухання та емпатійний контакт	Практикум / 4 год	Психолог
Практичний	Розпізнавання ознак неблагополуччя і кризи	Воркшоп / 3 год	Психолог + соціальний працівник
Практичний	Скерування та командні дії у кризовій ситуації	Розбір кейсів / 2 год	Координатор + психолог
Практичний	Ведення груп підтримки: структура, правила, типові складнощі	Практикум / 4 год	Психолог
Підтримка	Психологічна безпека та профілактика професійного виснаження	Групова сесія / 3 год	Психолог або зовнішній фахівець
Підтримка	Групова супервізія складних випадків	Щомісяця / 2 год	Кваліфікований супервізор
Додатковий	Цифрові навички для комунікації та ведення робочої інформації	Практикум / 2 год	Координатор або ІТ–волонтер

Після навчання команда має практично перевірити маршрут скерування, кризовий алгоритм, розподіл відповідальності та правила передавання інформації. Регулярна супервізія не замінює організаційних нарад і психологічної підтримки працівників.

Гідність, участь і вікова інклюзія (див. Вступ) – три принципи, за якими мають спрямовуватися щоденні рішення команди. Наведену нижче таблицю можна використовувати під час навчання, розбору випадків і супервізії.

ПРИНЦИП	ЩО ОЗНАЧАЄ НА ПРАКТИЦІ	ТИПОВА ПОМИЛКА
Гідність	Людина 60+ залишається автором власного життя. Завдання фахівця – підтримувати її вибір, автономію та сильні сторони, а не приймати рішення замість неї	«Ми краще знаємо, що вам потрібно». Патерналізм підриває довіру та зменшує залученість людини

ПРИНЦИП	ЩО ОЗНАЧАЄ НА ПРАКТИЦІ	ТИПОВА ПОМИЛКА
Участь	Люди 60+ є партнерами у плануванні, реалізації й оцінці програм. Доцільно залучати консультантів із числа ровесників, групи взаємопідтримки та механізми спільного ухвалення рішень	Розроблення програм без участі цільової групи призводить до нижчої ефективності та меншої залученості учасників
Вікова інклюзія (антиейджизм)	Рішення ґрунтуються на індивідуальних можливостях людини, а не на її віці. Програми мають протидіяти ейджизму та інтерналізованим віковим стереотипам	Автоматично спрощувати матеріали або обмежувати участь людини лише через її вік

5.5 Супервізія та профілактика вигорання команди

Фахівці, які працюють з цільовою групою 60+ в умовах воєнного часу, стикаються з підвищеним ризиком емоційного вигорання через постійний контакт з важкими історіями (втрати, травми, самотність), обмежені ресурси для допомоги, власні стреси, пов'язані з війною. Супервізія – це регулярний професійний супровід фахівців, спрямований на рефлексію складних випадків, профілактику вигорання та підвищення якості роботи. Це не контроль і не оцінка, а підтримка тих, хто підтримує інших. Нижче наводимо формати супервізії та їх параметри.

ФОРМАТ	ПАРАМЕТРИ
Індивідуальна супервізія	Психолог / соціальний працівник + супервізор (1:1). Раз на місяць, 1,5–2 год. Фокус: складні випадки, особисті професійні виклики
Групова супервізія	4–8 фахівців + супервізор. Раз на місяць, 2–3 год. Фокус: обмін досвідом, командні виклики, взаємопідтримка

Вимоги до супервізора:

- Психолог або соціальний працівник з досвідом роботи понад 5 років.
- Пройшов спеціальне навчання з супервізії (мінімум 40 год).
- Має досвід роботи з вразливими групами або у кризових ситуаціях.

Організувати супервізію з обмеженим бюджетом можна таким чином:

- Об'єднатись із сусідніми громадами для групової супервізії (розділити вартість).
- Пошук волонтерських супервізорів (деякі досвідчені фахівці надають pro bono).

- Онлайн-формат (дешевше, ніж оплата проїзду супервізора).
- Включити вартість супервізії у кошторис гранту як обов'язкову статтю.

Ефективність супервізії можна оцінити за такими показниками:

- Зниження показників вигорання у фахівців (опитувальник MBI – Maslach Burnout Inventory).
- Утримання кадрів – зменшення плинності психологів і соціальних працівників.
- Якість роботи – за відгуками отримувачів послуг.

Важливо вчасно розпізнавати сигнали вигорання, коли потрібна термінова підтримка.

РІВЕНЬ	СИГНАЛИ	РЕАКЦІЯ КЕРІВНИКА
Ранній	Дратівливість, втома після роботи, менше задоволення від результатів	Розмова один на один, перевірка навантаження, позачергова супервізія
Середній	Цинізм («нічого не допоможе»), відчуження від клієнтів, пропуски роботи	Зменшення навантаження, направлення до особистої терапії, тимчасовий перерозподіл обов'язків
Виражений	Нездатність функціонувати, депресія, фізичні симптоми	Відпустка, направлення до лікаря, реорганізація команди

Бюджет на супервізію – це обов'язкова стаття бюджету програми, а не опція. Якщо фахівці вигорають, програма зупиняється. Вартість супервізії завжди нижча за вартість заміни фахівця.

5.6 Соціальне замовлення як механізм залучення НУО

Для громад, де бракує власних ресурсів, ефективним механізмом є делегування повноважень недержавним організаціям через соціальне замовлення – спосіб залучення НУО до надання соціальних послуг за рахунок місцевого бюджету на конкурсній основі. Використовувати доцільно, коли у громаді немає власної установи – надавача соціальних послуг або власна установа не має ресурсів для нового напряму, водночас є активні НУО, готові надавати послуги якісно. Розглянемо покрокову процедуру.

КРОК	ДІЇ
1. Визначення потреб	Скільки людей 60+ потребують послуг? Які заходи найбільш затребувані? Який бюджет може виділити громада?
2. Рішення виконкому	Проєкт рішення про проведення соціального замовлення. Визначення обсягу фінансування та конкурсної комісії
3. Оголошення конкурсу	Наказ керівника виконавчого органу. Публікація оголошення мінімум за 30 днів до подання заявок
4. Робота комісії	Перевірка формальних критеріїв. Оцінка за змістом: досвід, кваліфікація, методологія, бюджет. Вибір переможця
5. Договір	Наказ про визначення надавача. Договір (типова форма – Наказ Мінсоцполітики від 24.03.2021 № 146). Термін: зазвичай 1 рік
6. Виконання та звітність	Щомісячна звітність: акти виконаних робіт + статистичний звіт (Наказ Мінсоцполітики від 02.06.2021 № 296). Оплата за фактично надані послуги

Відбір переможця конкурсу можна здійснювати за такими критеріями.

КРИТЕРІЙ	МАКСИМАЛЬНИЙ БАЛ
Досвід надавача (попередній досвід роботи з 60+, рекомендаційні листи)	30 балів
Кваліфікація персоналу (освіта, сертифікати, підвищення кваліфікації)	25 балів
Методологія роботи (чіткість програми, доказові підходи)	25 балів
Реалістичність бюджету (обґрунтованість витрат, співвідношення ціна / якість)	20 балів

5.7 Залучення та утримання учасників програми

Загальні принципи публічної комунікації, протидії стигмі та етичного представлення людей старшого віку наведено в підрозділі 4.9. Нижче описано, як команда програми застосовує їх для пошуку потенційних учасників, першого контакту, залучення до програми та усунення причин, через які людина може припинити участь.

Способи залучення добирають з урахуванням життєвої ситуації, мобільності, звичних каналів інформації та довіри в конкретній громаді. Жоден канал не є універсально найкращим. Команда має поєднувати кілька способів і відстежувати, які з них справді приводять людей до програми.

ПІДГРУПА АБО ЖИТТЄВА СИТУАЦІЯ	ОСНОВНІ КАНАЛИ	ЯК ОРГАНІЗУВАТИ КОНТАКТ
Самостійні та соціально активні люди	Громадські простори, бібліотеки, заклади культури, місцеві медіа, соціальні мережі, месенджери, ветеранські та волонтерські осередки	Коротке оголошення з конкретними умовами участі; можливість поставити запитання телефоном або особисто
Люди, які частково потребують підтримки	Сімейні лікарі, соціальні працівники, територіальні центри, члени родини, сусіди, релігійні громади	Особиста рекомендація або телефонний контакт за згодою людини; зрозуміле пояснення користі й умов участі
Люди з високою потребою в підтримці або обмеженою мобільністю	Соціальні й медичні працівники, доглядальники, служби домашнього догляду, мобільні та виїзні команди	Узгодити доступний формат, супровід, транспорт або виїзд; не перекладати організаційні кроки лише на учасника
Внутрішньо переміщені люди	Місця тимчасового проживання, центри підтримки ВПО, гуманітарні організації, органи місцевого самоврядування, місцеві спільноти	Перевірити, чи відповідає інформація актуальному місцю проживання, потребам і доступним місцевим послугам
Люди, які живуть самі або мають обмежене коло контактів	Соціальні служби, сімейні лікарі, сусіди, управителі будинків, волонтери-ровесники, виїзні команди	Передбачити проактивний, але ненав’язливий повторний контакт

Під час першого контакту працівник представляється та пояснює, звідки отримав контакт людини. Потім коротко описує програму, її користь, формат, вартість або безоплатність і правила конфіденційності. Після цього потрібно з’ясувати, чи зацікавлена людина та який спосіб участі для неї доступний. Якщо зацікавлена, то слід повідомити конкретні дату, час, місце й спосіб зв’язку. Наприкінці розмови важливо дати право відмовитися без тиску та, за згодою, можна домовитися про повторний контакт або нагадування.

Комунікацію з учасниками варто вести за такими принципами

- Поважайте автономію та досвід. Пропонуйте вибір і не ухвалюйте рішення замість людини.
- Добирайте темп і форму пояснення індивідуально. Не говоріть повільніше або голосніше лише через вік; уточнюйте, який спосіб комунікації зручний.
- Говоріть конкретно: що відбудеться, скільки це триватиме, хто проводитиме зустріч і що потрібно взяти із собою.
- Виявляйте емпатію без інфантилізації. Використовуйте шанобливе звертання й уникайте пестливих форм та порожніх запевнень.
- За згодою людини дублюйте важливу інформацію письмово та надсилайте нагадування погодженим каналом і в погоджений час.

Нижче наводимо перелік управлінських рішень для подолання бар'єрів участі.

БАР'ЄР	ЯК ДОЛАТИ (УПРАВЛІНСЬКІ РІШЕННЯ)
Сумніви або недовіра	Ознайомча зустріч без зобов'язань; можливість поставити запитання; чітка інформація про команду, конфіденційність і межі допомоги
Транспорт або віддаленість	Компенсація проїзду, організований транспорт, виїзні або дистанційні формати залежно від потреб і можливостей програми
Обмежена мобільність	Доступне приміщення, супровід від входу, місця для відпочинку, виїзний формат
Порушення слуху / зору	Належне освітлення, читабельний шрифт і контраст, письмове дублювання, доступні засоби комунікації
Складна реєстрація	Мінімум необхідних даних, допомога із заповненням документів, можливість запису телефоном або особисто
Немає з ким прийти	Можливість першого візиту із близькою людиною, супровід волонтера-ровесника або попереднє знайомство з працівником програми
Догляд за іншою людиною або несталий розклад	Гнучкий графік, завчасне повідомлення про зміни, можливість надолужити пропущене, якщо це допускає формат програми

Люди 60+ мають обмежені ресурси (час, енергія, здоров'я). Вони приєднаються лише якщо зрозуміють, що вони отримають.

ЗАМІСТЬ (ПРОЦЕС)	ГОВОРІТЬ (ПЕРЕВАГА)	ЧОМУ ЦЕ ПРАЦЮЄ
«Ми проводимо 8 групових сесій з психологом»	«Ви зустрінете людей, які розуміють, через що ви проходите»	Фокус на результат (соціальний зв'язок), а не на процес
«У нас є програма когнітивного тренування»	«Ви навчитеся технік, які допоможуть краще запам'ятовувати»	Конкретність + застосування у житті
«Наша програма покращує психічне здоров'я»	«Ви почуватиметеся менш самотньо і знайдете, з ким поговорити»	Емоційна конкретність замість клінічної абстракції
«Ми допомагаємо з працевлаштуванням»	«Ви зможете заробляти гроші, зберігаючи гнучкий графік»	Адресує основну потребу + усуває побоювання

Якщо людина пропускає зустрічі або припиняє участь, команда не повинна автоматично трактувати це як відсутність мотивації. За попередньою згодою варто зв'язатися з нею, з'ясувати причину й запропонувати реалістичне рішення. Відмова від участі залишається правом людини. При цьому погоджуйте зручний канал і частоту нагадувань; повідомляйте про зміни завчасно; регулярно запитуйте, чи відповідає формат потребам учасника; реагуйте на практичні бар'єри, конфлікти або відчуття небезпеки в групі; фіксуйте причини відмови й вибуття без надмірного збору персональних даних.

Команда має відстежувати, звідки люди дізналися про програму, скільки осіб перейшли від першого контакту до участі, які групи залучаються рідше, скільки учасників вибувають і з яких причин. Ці дані використовують не для оцінювання окремих людей, а для вдосконалення каналів, доступності та організації програми.

5.8 Формати роботи з людьми 60+

Ефективна програма підтримки поєднує різні формати – від масових заходів до регулярних гуртків, від груп взаємопідтримки до волонтерства – і дозволяє учаснику обрати те, що відповідає його потребам і можливостям. Цей каталог структуровано від широких форматів (масові заходи) до вузьких (групи взаємопідтримки), від одноразових до регулярних.

Масові заходи виконують дві функції одночасно: є інтервенцією самі по собі (соціальний контакт, відчуття спільноти) і точкою входу для тих, хто ще не готовий звернутися за допомогою. Добре організований захід – знайомство з програмою «у безпечних умовах», без зобов'язань.

ФОРМАТ	ОПИС ТА МЕТА	СКЛАДНІСТЬ	ХТО ОРГАНІЗОВУЄ
«Кав'ярня розмов»	Неформальна зустріч: чай, проста тема («Що мені дає сили?»), без попереднього запису. Знижує бар'єр входу до нуля. Перший формат для нової громади	Легка (1 волонтер + приміщення)	Волонтер-ровесник або соціальний працівник
Творча майстерня	Вишивка, малювання, ліплення, писанки – знайомі заняття як інструмент відновлення ідентичності. Не потребує психологічної освіти ведучого	Легка	Волонтер, бібліотека, культурний центр
День відкритих дверей ЦЖ	Щомісячний захід – коротка психоедукаційна лекція, демонстрація груп, можливість записатися. Робить програму «видимою»	Середня	Координатор + психолог
Ярмарок здоров'я	Спільна подія кількох організацій – соцслужби, психологи, юристи, медики в одному місці. Вимірювання тиску, консультації, запис у групи	Складна (партнерство)	Координатор + партнерські організації
Фестиваль активного довголіття	Щорічний публічний захід: виставки, майстер-класи, нагородження «активних людей 60+». Переформатовує образ старіння у громаді	Складна	Координатор + ОМС + медіапартнери

Наведемо чекліст підготовки заходу для 60+.

- ✓ Місце: без сходів, з туалетом, зручні стільці, добре освітлення, в пішій доступності або з підвозом.
- ✓ Час: 10:00–13:00 (не надвечір; не в понеділок та п'ятницю).
- ✓ Анонс: за 7–10 днів через поліклініку, церкву, ОСББ, листівки великим шрифтом.
- ✓ Тривалість: не більше 1,5–2 год; перерва з чаєм обов'язкова.
- ✓ На заході присутній психолог або соціальний працівник – помітний, доступний, але не нав'язливий.
- ✓ Після заходу: журнал відвідувачів (добровільно), телефонний дзвінок через 3–5 днів тим, хто залишив контакт.

Важливо уникати гучної музики, приміщення має бути незадушливе, обов'язкові «вправи» для незнайомих, також не можна фотографувати без згоди.

Гуртки й клуби за інтересами поєднують регулярне спілкування, навчання та змістовне дозвілля. Вони можуть зменшувати соціальну ізоляцію, підтримувати активність і допомагати людям формувати нові зв'язки. Для громад з обмеженими ресурсами це доступний формат, який можна започаткувати швидше і з меншими витратами, ніж комплексну освітню програму на зразок Університету третього віку.

НАПРЯМ	ПРИКЛАДИ	ЩО ВРАХУВАТИ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ
Рухова й оздоровча активність	Скандинавська ходьба, адаптована йога, вправи на розтягування, танці, дихальні та координаційні вправи	Фізичні можливості учасників, безпечність навантаження, доступність приміщення або маршруту
Іноземні мови	Англійська, польська, італійська для початківців	Початковий рівень учасників, зручний темп, практична спрямованість занять
Цифрова грамотність.	Користування смартфоном і месенджерами, відеозв'язок, державні та банківські застосунки, кібербезпека	Практичні заняття в малих групах, повторення матеріалу, захист персональних і фінансових даних
Пізнавальні клуби	Літературний клуб, історія громади, краєзнавство, кулінарні заняття, вправи для підтримання когнітивної активності	Інтереси учасників, можливість ділитися власним досвідом, доступність навчальних матеріалів
Творчі майстерні	Вишивка, в'язання, малювання, кераміка, флористика, спів	Вартість матеріалів, пристосованість занять до порушень зору, слуху чи дрібної моторики

Нижче розглянемо, якою може бути організаційна модель гуртка.

ПАРАМЕТР	РЕКОМЕНДАЦІЯ
Кількість учасників	5–20 осіб (оптимально 10–12). Менше 5 – важко утримати динаміку; більше 20 – втрачається індивідуальний підхід

ПАРАМЕТР	РЕКОМЕНДАЦІЯ
Періодичність	Мінімум 1–2 рази на місяць (оптимально щотижня). Рідше – втрачається регулярність і зв'язок
Тривалість заняття	60–90 хв з перервою 10 хв після 40 хв роботи. Довше – втома; коротше – не встигають заглибитися
Утримання учасників	Фіксований розклад (один день, один час). SMS–нагадування за день. Дзвінок тим, хто пропустив 2 заняття підряд
Ритуали групи	Чай після заняття, спільні фото, святкування днів народження учасників – формують «свою» групу
Бюджет (20 учасників, рік, 2 заняття на міс.)	Керівник: 24 000 грн. Матеріали: 10 000–20 000 грн. Організаційні витрати: 5 000 грн. Разом: 39 000–49 000 грн

Попит залежить від складу громади, місцевих традицій, доступного транспорту, сезону, приміщень і ведучих. Перед запуском доцільно провести коротке опитування або ознайомчу зустріч, запропонувати кілька варіантів і дати учасникам можливість обрати чи запропонувати власний формат. Після перших чотирьох-восьми тижнів варто переглянути відвідуваність і зібрати відгуки.

Університет третього віку, або УТВ, це організована програма неформальної освіти та соціальної активності для людей старшого віку. Вона може поєднувати навчальні курси, спілкування, рухову і творчу активність, розвиток цифрових навичок та участь у житті громади.

Назва «університет» не означає, що програму обов'язково реалізує заклад вищої освіти або що її слухачі здобувають формальну кваліфікацію. УТВ можуть діяти при територіальних центрах соціального обслуговування, закладах освіти й культури, бібліотеках, громадських або благодійних організаціях. Модель, тривалість навчання та перелік курсів визначають відповідно до потреб учасників і можливостей громади.

КОМПОНЕНТ	МОЖЛИВІ РІШЕННЯ	ЩО ВРАХУВАТИ
Організація навчання	Навчальний рік або коротші тематичні цикли; регулярний розклад; постійні й відкриті курси	Участь має залишатися добровільною. Заліки та оцінювання не повинні створювати зайвий бар'єр
Зміст програми	Цифрова грамотність, іноземні мови, здоров'я і психологічне благополуччя, право, мистецтво, історія громади, рухова активність	Теми визначають разом з учасниками, а не лише на підставі бачення організаторів

КОМПОНЕНТ	МОЖЛИВІ РІШЕННЯ	ЩО ВРАХУВАТИ
Викладачі та ведучі	Працівники закладів освіти, культури й соціальної сфери; запрошені фахівці; волонтери; самі слухачі	Потрібні зрозумілі межі компетентності, особливо в темах здоров'я, права та психологічної допомоги
Місце проведення	Бібліотека, заклад освіти або культури, територіальний центр, громадський простір; за потреби дистанційний чи змішаний формат	Фізична, транспортна, інформаційна та цифрова доступність
Фінансування	Місцевий бюджет, соціальна програма, грант, партнерська або змішана модель	Бюджет розраховують за місцевими умовами: кількістю груп, оплатою праці, приміщенням, матеріалами й транспортом
Масштаб	Від однієї навчальної групи до багатопрофільної програми для кількох сотень слухачів	Починати можна з пілотних курсів і розширювати програму відповідно до попиту та ресурсів

На відміну від окремого гуртка, УТВ зазвичай об'єднує кілька напрямів, має визначений навчальний цикл, розклад і координацію. Водночас межа між цими форматами не завжди чітка: клуби й гуртки можуть стати основою для поступового розвитку УТВ.

Програму доцільно планувати разом із людьми старшого віку. Вони можуть не лише відвідувати заняття, а й пропонувати теми, проводити окремі зустрічі, наставляти інших учасників та брати участь в оцінюванні програми.

Приклад організації УТВ у Чернігівській області, його інституційну основу, партнерства, фінансування та результати наведено в Додатку Ж. Кількісні показники цього кейсу описують конкретну місцеву практику.

Групи взаємопідтримки об'єднують людей зі схожим життєвим досвідом, потребами або обставинами. Учасники діляться власними способами подолання труднощів, отримують емоційну та практичну підтримку, відновлюють відчуття належності до спільноти. Для людей старшого віку такі групи можуть бути особливо важливими після втрати близької людини, вимушеного переміщення, погіршення здоров'я, зміни соціальної ролі або тривалого догляду за членом родини.

Підтримка «рівний рівному» може відбуватися як у групі, так і індивідуально. Її надає людина, яка має релевантний життєвий досвід, пройшла відповідну підготовку та розуміє межі своєї ролі. Спільність досвіду допомагає встановити довіру, але сама по собі не робить людину підготовленим фасилітатором.

Групи взаємопідтримки не замінюють психологічної, психотерапевтичної, медичної чи соціальної допомоги. Їхнє завдання полягає не в лікуванні психічних розладів, а в підтримці, обміні досвідом і зменшенні соціальної ізоляції. Нижче наведено орієнтовні відмінності між групою взаємопідтримки і психотерапевтичною групою. Конкретна організація може відрізнятися залежно від моделі програми та потреб учасників.

ПАРАМЕТР	ГРУПА ВЗАЄМОПІДТРИМКИ	ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ГРУПА
Хто веде	Підготовлений фасилітатор із релевантним життєвим досвідом; у деяких моделях співведучим може бути фахівець	Психолог, психотерапевт або інший фахівець, який має належну підготовку для проведення групової психотерапії
Основна мета	Взаємна емоційна і практична підтримка, обмін досвідом, посилення соціальних зв'язків	Досягнення визначених терапевтичних цілей і робота з психологічними труднощами або симптомами
Зміст зустрічей	Життєвий досвід учасників, повсякденні труднощі, доступні ресурси та способи їх подолання	Терапевтична робота відповідно до професійного підходу або програми
Структура	Заздалегідь узгоджені правила і загальна структура, але зміст може гнучко змінюватися відповідно до потреб учасників	Структуру визначає терапевтична модель; вона може бути як чітко протокольною, так і гнучкою
Склад групи	Може бути відкритим, напіввідкритим або постійним	Може бути відкритим або закритим залежно від мети й методу роботи
Участь і оплата	Зазвичай безоплатна для учасників; фасилітатор може працювати як волонтер або отримувати оплату	Участь може оплачувати сам учасник, організація, громада чи інша сторона

У тематичних групах для людей 60+ тематику потрібно визначати не лише за віком учасників, а насамперед за спільністю їхнього досвіду та актуальних потреб. Перед запуском варто з'ясувати, чи є достатній запит, хто може безпечно вести групу, куди скеровувати людину в разі кризи та чи потрібні додаткові послуги, наприклад транспорт або тимчасова заміна доглядальника.

Наведені нижче моделі є можливими прикладами, а не обов'язковими стандартами. Періодичність, тривалість циклу і склад групи визначають разом з учасниками з огляду на місцеві умови.

ТИП ГРУПИ	ДЛЯ КОГО	МОЖЛИВА ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ
Група підтримки після втрати	Люди, які переживають смерть близької людини або іншу значущу втрату	Регулярний цикл зустрічей або відкрита група. Теми можуть охоплювати проживання пам'ятних дат, зміни в повсякденному житті, пошук опори та поступове відновлення соціальних зв'язків
Група для людей із хронічними захворюваннями	Люди, які живуть із діабетом, серцево-судинними захворюваннями, артритом, хронічним болем або іншими тривалими станами	Обмін способами пристосування до повсякденних обмежень, підтримання активності й комунікації з близькими. Медичні поради мають надавати лише відповідні фахівці
Група для доглядальників	Люди старшого віку, які доглядають за партнером чи іншою близькою людиною, зокрема після інсульту або при деменції	Емоційна підтримка, обмін практичним досвідом, інформація про доступні послуги. Для реальної участі може знадобитися послуга тимчасової заміни доглядальника
Група для внутрішньо переміщених людей	Люди старшого віку, які через війну змінили місце проживання, втратили дім або звичне соціальне середовище	Взаємна підтримка, відновлення соціальних контактів та орієнтування в новій громаді. За потреби групові зустрічі можна доповнювати юридичними й соціальними консультаціями

Група не повинна об'єднувати людей лише за формальною ознакою. Наприклад, сам статус ВПО не означає, що всі учасники мають однаковий досвід або потребують однакового формату підтримки. Перед початком роботи важливо обговорити очікування людей і перевірити, чи відповідає їм запропонована тема.

Підготовка фасилітаторів. Людина з відповідним життєвим досвідом потребує підготовки до ведення групи. Навчання має допомогти їй зрозуміти межі ролі, опанувати основи безпечної фасилітації, навчитися реагувати на складні ситуації та своєчасно залучати фахівців. Обсяг навчання залежить від складності моделі, досвіду кандидата й рівня подальшої підтримки. Початковий курс тривалістю орієнтовно 16–24 години може охоплювати змістові блоки, наведені нижче.

МОДУЛЬ	ЗМІСТ	ТРИВАЛІСТЬ
1. Роль фасилітатора	Завдання і межі ролі; відмінність між взаємопідтримкою, консультуванням і психотерапією; етичні засади; конфіденційність	4 год

МОДУЛЬ	ЗМІСТ	ТРИВАЛІСТЬ
2. Слухання та підтримувальне спілкування	Активне слухання, відкриті запитання, емпатійний відгук, повага до вибору людини, уникнення непроханих порад	4 год
3. Фасилітація групи	Правила безпечної взаємодії, залучення учасників, розподіл часу, реагування на конфлікти та завершення зустрічі	4 год
4. Ознаки кризи та порядок дій	Ознаки гострого дистресу й можливого суїцидального ризику; межі відповідальності; алгоритм повідомлення, скерування та невідкладного реагування	4 год
5. Власна безпека фасилітатора	Ознаки виснаження, особисті межі, відновлення після складних зустрічей, звернення по допомогу, тимчасове припинення роботи	4 год

Навчання потрібно доповнити практичним відпрацюванням групових ситуацій. Перед самостійним веденням фасилітатор може провести дві-три зустрічі за участю або під спостереженням досвідченого фахівця. Його присутність слід заздалегідь пояснити учасникам та погодити з ними.

Після початку роботи фасилітатору потрібні регулярні консультації або супервізійна підтримка, можливість обговорювати складні ситуації без розкриття зайвих персональних даних і чіткий контакт із психологом, соціальним працівником чи координатором програми. Періодичність такої підтримки визначають відповідно до складності роботи, але на початковому етапі доцільно проводити її не рідше одного разу на місяць.

Волонтерство дає людям старшого віку можливість застосовувати свої знання й досвід, підтримувати соціальні зв'язки, брати участь у житті громади та обирати змістовні для себе ролі. Водночас не кожна людина 60+ прагне волонтерити або має для цього достатньо часу, сил чи ресурсів. Тому участь має бути добровільною, посильною та відповідати інтересам і можливостям конкретної людини.
У дослідженні, проведеному у США, волонтерська діяльність людей старшого віку була пов'язана з кращими показниками самооціненого здоров'я, повсякденного функціонування та депресивних проявів. Ці результати вказують на потенційну користь волонтерства, але не дають підстав вважати його універсальним засобом поліпшення психологічного благополуччя (Morrow-Howell et al., 2003).

Міжпоколіннєва взаємодія є ширшим поняттям, ніж допомога молодшим з боку старших. Вона передбачає взаємний обмін знаннями, досвідом і підтримкою. Люди старшого віку можуть навчати, наставляти та зберігати пам'ять громади, а молодші учасники, своєю чергою, можуть допомагати з цифровими навичками, мобільністю, доступом до інформації або реалізацією спільних задумів.

Наведені нижче формати є прикладами. Конкретну модель, частоту зустрічей і рівень відповідальності потрібно визначати разом з учасниками.

ФОРМАТ	ЯК МОЖЕ БУТИ ОРГАНІЗОВАНИЙ	МОЖЛИВА ЦІННІСТЬ ДЛЯ УЧАСНИКІВ І ГРОМАДИ
Дружні дзвінки й відвідування	Підготовлений волонтер підтримує регулярний контакт із людиною, яка має обмежене коло спілкування	Підтримання соціального контакту, своєчасне виявлення потреб, відчуття належності до громади
Підтримка «рівний рівному»	Людина з релевантним життєвим досвідом підтримує іншу людину у схожій ситуації	Довіра, взаєморозуміння, обмін практичними способами подолання труднощів. Докладніше цей формат описано у 5.8.4
Спільні заняття з дітьми	Читання, творчі майстерні, краєзнавчі зустрічі, кулінарні або природничі проєкти	Взаємне навчання, спілкування та подолання вікових стереотипів
Обмін знаннями й навичками	Люди різного віку навчають одне одного мов, ремесел, цифрових навичок, історії громади чи інших практичних умінь	Визнання компетентності учасників, опанування нових навичок, формування рівноправної взаємодії
Наставництво	Підготовлений волонтер допомагає молодшій людині в навчанні, професійному орієнтуванні або реалізації проєкту	Передавання досвіду, індивідуальна підтримка та розвиток тривалих соціальних зв'язків
Усна історія громади	Добровільні аудіо- чи відеоінтерв'ю, сімейні архіви, локальні історичні проєкти	Збереження пам'яті громади, визнання досвіду людей старшого віку, діалог між поколіннями
Спільні громадські проєкти	Облаштування доступного простору, саду, виставки, вистави, екологічної або благодійної ініціативи	Спільна мета, видимий результат і посилення зв'язків між різними групами громади

Робота з дітьми потребує окремих правил безпеки. Організатор має визначити відповідальних осіб, порядок взаємодії, вимоги до відбору й підготовки волонтерів, умови фото- та відеофіксації, а також правила повідомлення про ризики. Індивідуальні зустрічі волонтера з дитиною не можна організовувати без належного інституційного супроводу та дотримання вимог закладу щодо захисту дітей.

Запис особистих історій також має бути добровільним. Людина повинна розуміти, хто і з якою метою використовуватиме запис, де його оприлюднять і чи зможе вона відкликати згоду до публікації. Не слід спонукати учасників розповідати про травматичні події або подавати публічність як необхідну умову «опрацювання» досвіду.

Важливо організувати підтримку волонтерів. Завдання мають відповідати фізичним можливостям, навичкам, інтересам і бажаному рівню залучення людини. Вік сам по собі не може бути підставою ні для відмови, ні для автоматичного спрощення волонтерської ролі.

Організація, яка залучає волонтерів, повинна:

- чітко описати роль, межі відповідальності та очікуване навантаження;
- провести відбір і підготовку відповідно до характеру роботи;
- забезпечити безпечні умови, контакти для екстрених ситуацій і зрозумілий порядок скерування;
- за можливості відшкодовувати погоджені витрати на проїзд, зв'язок і матеріали;
- надавати координаційну, консультаційну або супервізійну підтримку відповідно до складності завдань;
- регулярно перевіряти навантаження та давати волонтеру можливість зробити перерву або змінити роль;
- визнавати внесок волонтерів у спосіб, який вони самі вважають доречним.

Добір і базову підготовку волонтерів описано у підрозділах 5.3–5.4, професійну підтримку команди у підрозділі 5.5, а профілактику виснаження у 6.13.

Для підбору завдань можна вести внутрішній реєстр волонтерів із відомостями про їхні навички, інтереси, доступність і погоджені види роботи. Організація має збирати лише необхідні дані, пояснювати мету їх використання, отримувати згоду та обмежувати доступ до реєстру.

Цифрова інклюзія та навчання допомагають підтримувати зв'язок із близькими, отримувати інформацію, користуватися державними й банківськими сервісами, записуватися до лікаря та брати участь у житті громади. Водночас цифрова недоступність може посилювати соціальну ізоляцію і залежність від сторонньої допомоги.

Рівень цифрових навичок людей старшого віку істотно різниться. Частина учасників упевнено користується кількома пристроями, інші потребують допомоги з базовими діями. Тому навчання слід будувати не лише за віковою ознакою, а відповідно до попереднього досвіду, практичних потреб, особливостей здоров'я та пристроїв, якими люди користуються щодня.

Перед початком курсу варто з'ясувати:

- який пристрій має учасник і якою мовою налаштовано його інтерфейс;
- що людина вже вміє робити самостійно;
- яких дій вона хоче навчитися;
- чи має вона труднощі із зором, слухом, пам'яттю або рухами рук;

- чи потрібне налаштування збільшення тексту, контрасту, озвучення екрана або голосового керування;
- чи має людина доступ до мобільного зв’язку та інтернету.

Заняття доцільно проводити в малих групах, бажано на власних пристроях учасників. Кожну дію потрібно показати, виконати разом, дати людині повторити її самостійно, а потім закріпити в повсякденній ситуації. Учасник має право відмовитися від будь-якої вправи, що стосується особистих повідомлень, фотографій, медичних відомостей або фінансових операцій.

Наведена орієнтовна програма базового курсу є прикладом, а не обов’язковим стандартом. Тривалість і послідовність тем потрібно змінювати відповідно до рівня групи. За потреби курс можна поділити на базовий і поглиблений рівні.

ЗАНЯТТЯ	ТЕМА І ПРАКТИЧНІ ДІЇ	МЕТОДИЧНИЙ АКЦЕНТ
1	Основні елементи смартфона: увімкнення, заряджання, сенсорний екран, гучність, блокування	Пояснити призначення кожної дії; не перевантажувати термінами
2	Налаштування доступності: розмір тексту, яскравість, контраст, звук, голосовий набір	Налаштовувати пристрій відповідно до потреб конкретної людини
3	Дзвінки та контакти: додати контакт, зателефонувати, відповісти, знайти пропущений дзвінок	Використовувати короткі покрокові інструкції зі знімками екрана
4	Повідомлення і месенджери: текстове та голосове повідомлення, фото, відеодзвінок	Обрати один застосунок, яким учасник справді користуватиметься
5	Інтернет і пошук: браузер, карти, транспорт, аптеки, достовірні джерела	Працювати з конкретною потребою учасника та вчити перевіряти джерело
6	Електронні послуги: запис до лікаря, електронні рецепти й направлення, державні та місцеві сервіси	Використовувати лише актуальні сервіси, доступні в конкретній громаді
7	Фінансові операції та платіжна безпека	Навчати на демонстраційних прикладах; не просити вводити або називати конфіденційні дані
8	Шахрайство, фішинг і захист пристрою: підозрілі дзвінки та посилання, паролі, оновлення, блокування картки	Розбирати реальні сценарії та відпрацьовувати чіткий порядок дій

Безпеку під час навчання слід обговорювати протягом усього курсу. Наставник не повинен просити паролі, PIN-коди, CVV, коди з SMS чи інші дані для входу, а також здійснювати операції замість учасника. Фінансові дії варто пояснювати на демонстраційних прикладах; якщо людина виконує реальну операцію, вона самостійно керує пристроєм і підтверджує кожен крок.

Учасникам потрібно засвоїти простий алгоритм: не діяти під тиском, не повідомляти конфіденційних даних, не переходити за підозрілими посиланнями, перевіряти інформацію через офіційні канали. Якщо дані вже розкрито, слід негайно заблокувати картку або обліковий запис і звернутися до відповідної установи.

Регулярна фізична активність підтримує рухливість, сон, повсякденне функціонування та психологічне благополуччя. Вона може зменшувати вираженість депресивних і тривожних симптомів, але не замінює належної психологічної, психотерапевтичної чи медичної допомоги, коли людина її потребує.

Формат і навантаження потрібно добирати відповідно до стану здоров'я, фізичних можливостей, попереднього досвіду та вподобань людини. Вік сам по собі не визначає допустимого рівня активності. Починати варто з посильного навантаження і збільшувати його поступово.

ФОРМАТ	ОСОБЛИВОСТІ	ОРГАНІЗАЦІЙНІ УМОВИ
Ходьба, зокрема скандинавська	Доступне аеробне навантаження, яке можна поєднувати зі спілкуванням і перебуванням на свіжому повітрі	На перших заняттях інструктор навчає техніки, допомагає підібрати темп і маршрут
Адаптована йога та розтягування	Вправи на гнучкість, дихання, рівновагу й усвідомлення руху	Заняття проводить інструктор, який уміє адаптувати вправи до функціональних обмежень
Танці	Поєднують рух, музику, спілкування і творче самовираження	Потрібні доступне приміщення, безпечне покриття та ведучий, який може змінювати темп і складність рухів
Силові вправи й тренування рівноваги	Допомагають підтримувати м'язову силу, стійкість і здатність виконувати повсякденні дії	Можна використовувати вагу власного тіла, еластичні стрічки або легкі обтяження; вправи слід ускладнювати поступово
Рухово-когнітивні вправи	Поєднують рух із завданнями на увагу, пам'ять або послідовність дій	Складність добирають так, щоб подвійне завдання не підвищувало ризику втрати рівноваги чи падіння

Перед заняттями організатор має з'ясувати, чи має людина хронічні захворювання, біль, запаморочення, нещодавні падіння або інші обмеження. За наявності нестабільного стану чи нових симптомів рівень навантаження потрібно погодити з медичним фахівцем. Під час занять слід забезпечити можливість відпочити, попити води або виконувати вправи сидячи.

За рекомендаціями ВООЗ, люди старшого віку мають прагнути до 150–300 хвилин помірної аеробної активності на тиждень або відповідного обсягу інтенсивнішої активності. Додатково рекомендовано виконувати вправи для зміцнення м'язів і підтримання рівноваги. Це орієнтир, а не умова участі: навіть невелике збільшення посильної активності може бути корисним.

Проспективні дослідження показують, що фізично активні люди мають нижчий ризик виникнення депресії. Водночас ці дані не означають, що досягнення певної кількості хвилин гарантовано запобігає депресії або замінює її лікування (Schuch et al., 2018).

5.9 Партнерство з роботодавцями щодо підтримки зайнятості людей 60+

Для частини людей старшого віку оплачувана праця є джерелом доходу, соціальних контактів, упорядкованості повсякденного життя та відчуття професійної значущості. Роботодавці можуть отримати досвідчених працівників, наставників і консультантів, а громада зберігає професійні знання та підтримує взаємодію між поколіннями. Зайнятість має відповідати бажанню, компетентностям, стану здоров'я та життєвим обставинам людини. Вік не повинен бути підставою ані для відмови у працевлаштуванні, ані для автоматичного спрямування на низькооплачувану або низькокваліфіковану роботу. Законодавство України забороняє дискримінацію у сфері праці та зайнятості, зокрема за віком.

Чотири кроки для координатора

1. *Вивчіть місцевий ринок праці та сформуйте партнерську мережу.* Залучіть підприємства, державні й комунальні установи, місцевий центр зайнятості, громадські організації та соціальні підприємства. З'ясуйте, яких працівників бракує, які компетентності потрібні роботодавцям і чи можливі неповний робочий час, дистанційна, сезонна або проєктна робота. За потреби проведіть коротку зустріч про недискримінаційний добір працівників і переваги вікової різноманітності.

2. *Запропонуйте учасникам індивідуальну підготовку.* Допоможіть людині визначити професійні цілі, актуальні навички й потребу в перенавчанні. Підтримка може охоплювати складання резюме, підготовку до співбесіди, цифрове навчання, професійну орієнтацію та ознайомлення з умовами праці. За згодою людини можна залучити фахівця з психічного здоров'я, якщо тривога, пережита втрата чи інші труднощі істотно перешкоджають поверненню до роботи.

3. *Забезпечте законне й безпечне входження в роботу.* На початку роботодавець має чітко визначити завдання, робочий час, оплату, вимоги безпеки та відповідальну за адаптацію особу. Випробування проводять лише в межах оформлених трудових відносин.

Стажування, професійне навчання на робочому місці або інші перехідні формати потрібно оформлювати відповідно до законодавства і не використовувати як заміну безоплатній праці.

4. *Підтримуйте адаптацію та подальший розвиток.* Після працевлаштування варто передбачити наставництво, регулярний зворотний зв'язок, доступ до навчання та, за потреби, розумне пристосування робочого місця. Якщо працевлаштування не відбулося, разом з учасником потрібно переглянути професійну мету, підготовку або коло роботодавців. Волонтерство й громадську діяльність можна пропонувати як окремий добровільний вибір, а не як заміну оплачуваній праці. Розглянемо типові помилки та як їх уникнути.

ПОМИЛКА	ЯК УНИКНУТИ
Звертатися до роботодавців лише із закликом до соціальної відповідальності	Показувати, які кадрові потреби можуть закрити досвідчені працівники, наставники та консультанти
Розглядати всіх людей 60+ як однорідну групу	Добирати роботу за компетентностями, інтересами, функціональними можливостями й бажаним навантаженням
Очікувати, що інформаційної кампанії достатньо	Пропонувати індивідуальну консультацію, допомогу з резюме, підготовку до співбесіди та зв'язок із роботодавцем
Пропонувати переважно низькооплачувану або низькокваліфіковану роботу	Формувати різноманітний перелік вакансій і не знижувати професійні очікування лише через вік кандидата
Використовувати неоплачувану «пробну роботу»	Оформлювати трудові відносини, випробування, стажування або навчання відповідно до законодавства

Нижче наведено чекліст картування роботодавців:

- ☐ назва, галузь, місце роботи та чисельність працівників;
- ☐ вакансії, які складно заповнити, та потрібні компетентності;
- ☐ умови праці, графік, оплата й фізичне навантаження;
- ☐ можливість неповного робочого часу, дистанційної чи сезонної роботи;
- ☐ доступність приміщення та можливість пристосувати робоче місце;
- ☐ попередній досвід найму людей старшого віку;
- ☐ потреба в навчанні або наставництві;
- ☐ контактна особа та погоджений порядок взаємодії.

Моніторинг програми зайнятості

Конкретні цільові значення слід визначати після оцінювання місцевого ринку праці та ресурсів програми.

ПОКАЗНИК	ЩО ВІН ПОКАЗУЄ	ЯК ВИМІРЮВАТИ
Кількість активних партнерств	Спроможність мережі роботодавців	Реєстр партнерів із зафіксованими спільними діями
Кількість учасників, які завершили підготовку.	Охоплення програми	Журнал участі
Частка учасників, які отримали оплачувану роботу	Безпосередній результат	Перевірка через три місяці
Частка працевлаштованих, які працюють через шість місяців	Стійкість результату	Контрольний контакт з учасником льний дзвінок через 6 місяців
Відповідність роботи очікуванням учасника	Якість працевлаштування	Коротке опитування про графік, оплату, умови та задоволеність
Зміна готовності роботодавців наймати людей старшого віку	Вплив партнерської роботи	Коротке опитування до і після участі в програмі

5.10 Практичні формати підтримки родинних доглядальників

Родичі та інші близькі, які регулярно допомагають людині старшого віку в повсякденному житті, часто поєднують догляд із роботою, власними захворюваннями та іншими сімейними обов'язками. Тривалий догляд може супроводжуватися виснаженням, браком сну, соціальною ізоляцією, фінансовими труднощами, почуттям провини або безпорадності. Водночас досвід кожної родини різний: сам факт догляду не означає, що людина обов'язково має психологічні проблеми.

Підтримку варто добирати після короткої розмови про те, що найбільше ускладнює життя доглядальника і яка допомога для нього прийнятна. Часто потрібен не один захід, а поєднання інформаційної, практичної, соціальної та психологічної підтримки.

ПОТРЕБА АБО ТРУДНОЩІ	МОЖЛИВІ ФОРМАТИ ПІДТРИМКИ
Постійне навантаження, виснаження, брак сну	Допомога в розподілі обов'язків між членами родини; залучення соціальних послуг; планування регулярного часу для відпочинку; навчання коротких способів саморегуляції

ПОТРЕБА АБО ТРУДНОЩІ	МОЖЛИВІ ФОРМАТИ ПІДТРИМКИ
Брак знань і практичних навичок	Навчання безпечного догляду, переміщення людини, організації побуту, приймання призначених ліків і реагування на зміни поведінки; зрозумілі письмові інструкції
Почуття провини, тривога або безпорадність	Психоедукація про поширені реакції на тривалий догляд; підтримувальна розмова; групи взаємопідтримки; за потреби й за згодою людини, психологічне консультування
Соціальна ізоляція	Групи доглядальників, телефонна або онлайн-підтримка, допомога в збереженні соціальних контактів і звичних занять
Потреба тимчасово звільнитися від догляду	Допомога в пошуку надійної людини або належного надавача послуг, який може тимчасово перебрати догляд; узгодження режиму, потреб і заходів безпеки
Фінансові, правові або трудові труднощі	Інформування про соціальні послуги, пільги, допомогу, можливості поєднання роботи з доглядом; скерування до соціального працівника чи фахівця з правової допомоги
Погіршення фізичного здоров'я доглядальника	Допомога в організації звернення до сімейного лікаря; адаптація способів догляду; використання допоміжних засобів і навчання безпечного переміщення людини

Координатор має допомогти родині знайти належного надавача тимчасового догляду, але не доручати його непідготовленим волонтерам. Перед цим слід з'ясувати потреби людини 60+, стан її здоров'я, особливості поведінки та вимоги безпеки. Підтримку варто пропонувати проактивно, але без тиску. Якщо доглядальник більше не спроможний забезпечувати безпечний догляд або існує ризик заподіяння шкоди, потрібно невідкладно залучити відповідні соціальні, медичні чи екстрені служби.

Рекомендації щодо змін поведінки при деменції наведено в підрозділі 6.11. Раптова зміна поведінки потребує медичного оцінювання, оскільки її причиною можуть бути біль, інфекція, побічна дія ліків або інший гострий стан.

Ефективна програма для людей старшого віку поєднує різні формати участі: регулярні групові заняття, взаємопідтримку, волонтерство, міжпоколіннєву взаємодію, навчання, фізичну активність і, за бажанням людини, підтримку зайнятості. Важливо не зводити програму до набору окремих заходів. Формати мають доповнювати один одного, відповідати різним інтересам і можливостям та давати людині змогу обирати прийнятний рівень участі. Під час планування потрібно враховувати не лише зміст активностей, а й доступність приміщень, транспорту, інформації та цифрових засобів, а також потреби людей із порушеннями мобільності, зору, слуху чи когнітивних функцій.

Окремої уваги потребують родинні доглядальники, яким можуть бути потрібні практичні знання, відпочинок, соціальна й психологічна підтримка. Якість програми визначає не кількість проведених заходів, а те, чи допомагають вони людям підтримувати самостійність, соціальні зв'язки, відчуття належності та можливість впливати на власне життя.

ЧАСТИНА III. ПРАКТИЧНА РОБОТА

У цій частині зібрано практичні інструменти для безпосередньої роботи з людьми старшого віку: від встановлення першого контакту й оцінювання потреб до підтримки у складних життєвих ситуаціях, розпізнавання ризиків та скерування до відповідних фахівців і служб. Матеріали допоможуть діяти послідовно, безпечно та з урахуванням стану, потреб і життєвих обставин конкретної людини.

РОЗДІЛ 6. Протоколи роботи з людьми 60+

Цей розділ містить практичні алгоритми для фахівців, які безпосередньо працюють з людьми старшого віку. Алгоритми не розширюють професійних повноважень. Підготовлений працівник або волонтер може встановити контакт, надати базову підтримку, помітити ознаки небезпеки та залучити належну допомогу. Скринінг проводить навчений фахівець лише за наявності згоди людини та зрозумілого маршруту подальшої допомоги. Психологічні втручання, кризову інтервенцію, роботу з горем і ведення терапевтичних груп здійснює психолог або інший фахівець із відповідною підготовкою в межах професійної компетентності. Діагностичне оцінювання та лікування належать до компетенції уповноважених медичних фахівців. Усі дії мають ґрунтуватися на поінформованій згоді, повазі до автономії, конфіденційності та захисті персональних даних.

6.1 Протокол та принципи першого контакту

Проводить підготовлений працівник, волонтер, соціальний працівник або психолог. Першу зустріч варто провести так, аби людина захотіла прийти вдруге. Для покоління 60+, вихованого в культурі «тримайся», звернення по допомогу сприймається як слабкість. Завдання фахівця – створити безпечний простір, де людина може говорити без страху осуду. Наведемо правила першого контакту.

НЕ КАЖІТЬ	ВАРТО ГОВОРИТИ	ЧОМУ
«Ви прийшли до психолога»	«Ми просто поговоримо / Я тут, щоб послухати»	Знижує стигму
«Розкажіть про свою проблему»	«Розкажіть мені трохи про себе – як ви зараз живете?»	Відкрита розмова без патологізації
«Ви переживаєте депресію»	«Схоже, вам зараз дуже непросто»	Мова досвіду, а не діагнозу
«Постарайтесь думати позитивно»	«Що вам раніше давало сили в тяжкі часи?»	Фокус на ресурс, а не на симптом
«Вам потрібна допомога»	«Багато людей, переживши таке, знаходять спосіб впоратись»	Нормалізація без знецінення

Загалом варто дотримуватись таких **принципів першого контакту.**

Темп розмови повільніший, ніж з молодшими клієнтами – давайте час на відповідь, тиша є нормою.

Конкретність важливіша за абстракції: замість «Як ви себе почуваєте?» питайте «Як ви спали цієї ночі? Що їли вранці? З ким бачились цього тижня?»

Поважайте автономію, навіть якщо вона виглядає як відмова: «Я розумію, що ви звикли справлятися самостійно. Це ознака сили»

Уникайте медичної термінології: не «симптоми ПТСР», а «те, що ви описуєте, часто буває після травми»

Розподіл часу під час першого контакту (30–40 хвилин) може бути таким:

0–10 хв	Знайомство, пояснення конфіденційності, встановлення контакту.
10–25 хв	Відкриті питання про стан, потреби й побоювання.
25–35 хв	Уточнення функціонування та безпеки; за наявності підстав, згоди людини й підготовленого маршруту допомоги можна запропонувати один доречний інструмент.
35–40 хв	Обговорення наступних кроків і домовленість про подальший контакт.

Масовий захід як точка першого контакту

Багато людей 60+ вперше потрапляють у поле зору фахівця через публічний захід, а не через скерування. «Прийшла на ярмарок, поговорила з психологом, і вирішила спробувати» – типова траєкторія.

Ваша роль на заході – бути доступним і не тиснути на учасників. Не починайте розмову із запитань про особисті переживання; дайте людині можливість самій виявити інтерес. Тримайтеся біля столу з матеріалами. Під час відкритого заходу не проводьте публічного опитування про симптоми або стан здоров'я. Якщо людина сама повідомляє про гострий стан чи загрозу безпеці, перейдіть до приватної розмови та дійте відповідно до протоколу кризового реагування. Після заходу зателефонуйте тим, хто залишив номер, протягом трьох днів. Коротко і без тиску: «Хотів(ла) нагадати про нашу групу. Наступна зустріч у [дата]. Якщо захочете спробувати – будемо раді».

Врахування досвіду покоління під час контакту

Покоління, якому зараз 60–80 років, має спільний культурно-історичний досвід (підрозділ 1.2), який варто враховувати у формулюваннях під час першого й наступних контактів.

ОСОБЛИВІСТЬ ПОКОЛІННЯ	ПРАКТИЧНИЙ ПРИЙОМ
Культура стійкості та самозарадності	Не починайте розмову з пропозиції допомоги. Спочатку проявіть щирий інтерес до людини: «Розкажіть про себе»
Недовіра до системи	Перші зустрічі присвятіть встановленню довіри. Не поспішайте застосовувати психологічні техніки
Орієнтація на сім'ю	Показуйте, як піклування про себе допомагає залишатися опорою для близьких
Накопичений досвід втрат і криз	Спирайтеся на попередній досвід подолання труднощів: «Що допомагало вам раніше?»
Соматичне переживання стресу	Починайте розмову з тілесних відчуттів: «Що ви зараз відчуваєте в тілі?», «Які думки чи переживання супроводжують ці відчуття?»*
Релігійність і духовність	Поважайте духовні переконання людини та, за її бажання, використовуйте їх як ресурс підтримки

Якщо людина повідомляє про біль у грудях або інші симптоми, що можуть свідчити про гострий фізичний стан, в першу чергу рекомендуйте медичне обстеження.

6.2 Покроковий алгоритм домашнього візиту

Проводить фахівець або підготовлений працівник, уповноважений здійснювати домашні візити за локальним протоколом. Домашній візит – особливий контекст: ви на «чужій» території, що дає клієнту більше контролю. Водночас він дозволяє побачити реальні умови життя та виявити приховані ризики.

КРОК 1. ПІДГОТОВКА

Попереднє погодження (дзвінок за 1–2 дні). З'ясування адреси та особливостей доступу. Підготовка контактної картки служб і буклета програми. Бланк GDS-15 або TILS беруть лише тоді, коли застосування конкретного інструмента заздалегідь обґрунтоване, працівник має належну підготовку, а команда може відреагувати на результат. Повідомити координатора про час та адресу відповідно до правил безпеки фахівця.

КРОК 2. ПЕРШІ 5 ХВИЛИН У ПОМЕШКАННІ

Представлення: ім'я, посада, мета. Запитання дозволу: «Чи можу пройти? Де вам зручно?»

Спостереження (мовчки): чистота, їжа, освітлення, тепло, ліки, ознаки ізоляції.

Відкрийте розмову через простір: «Розкажіть про цей будинок. Чи давно ви тут живете?»

КРОК 3. ОЦІНКА СТАНУ (15–20 ХВ)

Відкриті питання: «Як Ви себе почуваєте? Що найбільше турбує?»

Функціонування: «Як Ви харчуєтеся? Чи виходите з дому? З ким спілкуєтеся? Що стало складніше робити?»

Соціальна мережа: «Хто може Вас підтримати?» GDS-15 можна запропонувати лише за наявності ознак депресивного стану або іншої обґрунтованої підстави, за добровільною згодою й за наявності маршруту подальшої допомоги. Інструмент не замінює розмови та оцінки безпеки.

КРОК 4. ВИЯВЛЕННЯ РИЗИКІВ

Сигнали ризику, які потребують оцінки терміновості:

- відсутність їжі або застаріла їжа;
- занедбаність помешкання, неприємний запах;
- людина не може самостійно рухатися;
- синці, травми (підозра на насильство або падіння);
- суїцидальні висловлювання;
- надлишкова кількість ліків.

Безпосередня загроза життю або гострий медичний стан потребують негайного виклику екстреної допомоги. Підозра на насильство, занедбання чи істотне порушення самообслуговування потребує дій за локальним протоколом захисту. Інші потреби узгодьте з людиною та передайте відповідній службі лише за її згодою, крім випадків, прямо передбачених законом.

КРОК 5. ПЛАНУВАННЯ ПІДТРИМКИ

Обговорення: «Що б ви хотіли змінити? Чим я можу допомогти?»

Конкретні домовленості: наступний візит, залучення служб, запис до лікаря.

Передача контактної картки: телефони ЦЖ, гаряча лінія, соціальний захист.

Фіксація у протоколі: стан помешкання, виявлені ризики, домовленості.

Тривалість 40–60 хвилин. Якщо людина хоче довше, слухайте, але позначте межу: «Сьогодні маю піти, але приїду наступного тижня». Якщо не впускає, не наполягайте, домовтеся про телефонний дзвінок.

6.3 Структура першої сесії (~50 хвилин)

Проводить психолог або інший фахівець, підготовлений до проведення підтримувальної сесії.

БЛОК	ЩО ГОВОРИТИ / РОБИТИ	МЕТА
Блок 1 (10 хв) – відкриття	«Доброго дня. Як до вас краще звертатись?» Починайте з нейтральної теми: де живете, як давно. Жодної оцінки, жодних записів	Безпечна атмосфера; зняти напруження
Блок 2 (15 хв) – ситуація	«Який ваш типовий день?» Якщо мовчать – через тіло: «А фізично як? Сон нормальний?» Слухайте, а не запитуйте	Розуміння без анкетування
Блок 3 (10 хв) – ресурси	«Колись, у важкі часи, що вам допомагало?» Фіксуйте навіть найменші ресурси	Назвати ресурси клієнта вголос – він(вона) може їх не бачити
Блок 4 (10 хв) – завершення	«Я хотів(ла) би зустрітись ще раз». При ваганнях: «Я зателефоную через кілька днів»	Домовитись про наступний крок – головний результат

6.4 Алгоритм стабілізації в гострому дистресі

Проводить будь-який підготовлений працівник, який може надати базову стабілізаційну підтримку після перевірки ознак медичної небезпеки. Алгоритм застосовують при гострому емоційному збудженні, плачі або паніці, якщо немає ознак гострого фізичного стану. Раптова сплутаність, дезорієнтація, галюцинації, незвична сонливість або різка зміна поведінки у людини старшого віку насамперед потребують медичного оцінювання.

КРОК	ЩО РОБИТИ	ЩО ГОВОРИТИ
1. Присутність	Залишайтеся поруч, говоріть спокійно, зменште шум і кількість людей	«Я поруч. Зараз подбаємо про вашу безпеку»
2. Орієнтація	Коротко нагадайте, де людина перебуває і що відбувається. Не сперечайтеся, якщо вона сплутана	«Ви зараз у [місці]. Сьогодні [день]. Я [ім'я]»

КРОК	ЩО РОБИТИ	ЩО ГОВОРИТИ
3. Заземлення	Запропонуйте назвати кілька предметів, звуків і тілесних відчуттів. Не наполягайте, якщо це посилює дистрес	«Подивімося навколо. Назвіть три речі, які бачите»
4. Спокійне дихання	Запропонуйте повільне, зручне дихання без затримки й форсування. Припиніть вправу за запаморочення, болю або задишки	«Дихайте у зручному для вас темпі. Можемо зробити кілька спокійних видихів разом»
5. Наступний крок	Після зменшення дистресу перевірте безпеку, потреби та доступну підтримку. Не вимагайте докладної розповіді про подію	«Що допоможе вам у найближчі кілька годин? Кого можемо залучити?»

6.5 Ознаки станів, які потребують розмежування та скерування

Працівник розпізнає ознаки станів та скеровує, а диференційну діагностику проводить уповноважений медичний фахівець. Наведені ознаки не дають підстав установлювати діагноз. З їх допомогою можна визначити терміновість медичного чи психологічного оцінювання. Депресія, реакція горя, деменція та делірій можуть мати подібні прояви та співіснувати.

ЩО СПОСТЕРІГАЄМО	ЩО ЦЕ МОЖЕ ОЗНАЧАТИ	ЩО РОБИТИ
Раптова або мінлива протягом дня сплутаність; порушення уваги; нові галюцинації; незвична сонливість чи збудження; різка зміна поведінки	Можливий делірій або інший гострий медичний стан, зокрема інфекція, біль, зневоднення, гіпоксія чи побічна дія ліків	Організуйте термінове медичне оцінювання. За загрози життю або швидкого погіршення викликайте 103 чи 112
Поступове погіршення пам’яті, орієнтації або здатності виконувати звичні справи	Можливий когнітивний розлад. Усвідомлення труднощів може бути як збереженим, так і зниженим	Порадьте звернутися до сімейного лікаря для первинного оцінювання й подальшого скерування. Залучайте близьку особу лише за згодою людини або коли цього потребує безпека

ЩО СПОСТЕРІГАЄМО	ЩО ЦЕ МОЖЕ ОЗНАЧАТИ	ЩО РОБИТИ
Стійко знижений настрій, втрата інтересу, безнадійність, порушення сну й апетиту, труднощі зосередження	Можливий депресивний стан, який також може посилювати скарги на пам’ять	Проведіть скринінг, якщо ви навчені й маєте маршрут допомоги; організуйте оцінювання фахівцем. Прямо запитайте про думки щодо смерті або самогубства
Смуток і туга після втрати, що змінюються хвилями; збережена здатність часом відчувати полегшення або зв’язок з іншими	Можлива природна реакція горя. Вона не має фіксованого «правильного» строку	Запропонуйте підтримку й спостерігайте за функціонуванням та ризиками. Скеруйте по спеціалізовану допомогу, якщо стан тривалий, різко погіршує повсякденне життя або супроводжується небезпекою

6.6 Психологічні техніки для підготовлених фахівців

Накопичені втрати (підрозділ 1.3) можуть проявлятися в різних сферах. Це орієнтир для адаптації темпу, формату й змісту допомоги, а не підстава автоматично обирати певну техніку.

СФЕРА	ПРАКТИЧНИЙ ФОКУС
Когнітивна	Повільніший темп; коротші сесії; письмові нагадування
Емоційна	Нормалізація реакцій до початку будь-якої техніки
Соматична	Питати про тіло; враховувати при виборі технік
Соціальна	Перший пріоритет – безпека і довіра, а не техніки
Екзистенційна	Поважати досвід; мудрість як ресурс

Перед вправами поясніть людині мету й перебіг вправи, запитайте про згоду та домовтеся про сигнал зупинки. Переконайтеся, що вона орієнтується в ситуації, може підтримувати контакт і не має гострих фізичних симптомів, вираженої сплутаності свідомості чи безпосередньої небезпеки. Запропонуйте вибір: виконати вправу, змінити її або обмежитися розмовою.

Орієнтування у теперішньому моменті **(3–5 хвилин)**

Мета. Зменшити надмірне емоційне напруження та допомогти людині відновити відчуття опори в безпечній поточній ситуації.

Як проводити. Запропонуйте, не поспішаючи, назвати три предмети, які людина бачить; два звуки, які чує; одну точку опори, яку відчуває тілом, наприклад стопи на підлозі або спину на стільці. Потім запитайте: «Що зараз допомагає вам відчути хоча б трохи більше спокою або опори?» Не вимагайте заплющувати очі.

Коли зупинити. Якщо напруження посилюється, людина втрачає контакт, дезорієнтується або просить припинити вправу, зупиніться, поверніться до простої розмови й перевірте безпеку.

Спокійне дихання з подовженим видихом **(2–3 хвилини)**

Мета. Допомогти знизити фізіологічне напруження без форсованого або надто глибокого дихання.

Як проводити. Запропонуйте сісти зручно й дихати у звичному темпі. Якщо це комфортно, видих можна зробити трохи довшим за вдих, наприклад вдих на 3 рахунки, видих на 4–5. Достатньо трьох-п'яти циклів. Після вправи запитайте про самопочуття.

Застереження. Не наполягайте на затримці дихання. У разі запаморочення, браку повітря, болю у грудях або іншого погіршення негайно припиніть вправу.

Місце або образ опори **(5–10 хвилин)**

Мета. Посилити відчуття безпеки та доступ до ресурсного досвіду.

Як проводити. Запитайте, чи є місце, образ, людина, заняття або спогад, з якими пов'язані спокій чи підтримка. Якщо людина обирає місце, запропонуйте описати лише ті деталі, які приємно й безпечно помічати: світло, кольори, звуки, відчуття опори. Наприкінці запропонуйте обрати слово або невеликий предмет-нагадування про цей ресурс.

Застереження. Не підказуйте конкретного місця. Дім, рідне місто або спогади дитинства можуть бути пов'язані з утратою чи травматичним досвідом. Якщо образ викликає біль або тривогу, перейдіть до нейтрального орієнтування у теперішньому моменті.

Лінія опор і способів подолання **(15–25 хвилин, індивідуально)**

Мета. Допомогти людині побачити власні способи подолання труднощів, підтримувальні стосунки та сильні сторони.

Як проводити. Запропонуйте позначити на аркуші кілька життєвих періодів, коли щось або хтось допомагав упоратися зі складною ситуацією. Для кожної точки можна запитати: «Що тоді підтримало вас?», «Яка ваша риса або дія допомогла?», «Що з цього доступне зараз?». Завершіть вибором однієї реалістичної опори на найближчий тиждень.

Застереження. Людина сама обирає події й обсяг розповіді. Не просіть позначати найтяжчі втрати або травматичні події й не використовуйте вправу як обов'язкову групову активність. За помітного дистресу поверніться до теперішнього моменту та стабілізації.

Карта підтримки і наступний крок **(10–15 хвилин)**

Мета. Перетворити загальне відчуття безпорадності на конкретний, посильний план.

Як проводити. Разом визначте: одну людину, до якої можна звернутися; одне місце або службу, де доступна допомога; одну дію, яку людина готова виконати протягом найближчих 24–72 годин. Запишіть контакти великим розбірливим шрифтом і домовтеся про повторний зв'язок, якщо це входить до ролі фахівця.

Після кожної вправи запитайте, що було корисним, а що ні; перевірте самопочуття й орієнтацію; допоможіть повернутися до звичної діяльності; зафіксуйте лише необхідну професійну інформацію. Не давайте вправу як домашнє завдання, якщо людина не зрозуміла її, не хоче виконувати самостійно або не має способу звернутися по допомогу в разі погіршення.

6.7 Робота з горем та втратами

Проводить психолог або інший фахівець, який має підготовку з підтримки людей, що переживають втрату. Діагностичне оцінювання та лікування пролонгованого розладу горювання здійснює фахівець у межах своєї професійної компетентності.

Горювання є природною відповіддю на смерть близької людини та інші значущі втрати.

Воно може проявлятися смутком, тугою, гнівом, провиною, полегшенням, заціпенінням, порушенням сну, розсіяністю, втомою, тілесним дискомфортом або тимчасовим віддаленням від інших. Інтенсивність переживань може змінюватися: після періоду відносної рівноваги вони нерідко посилюються через річниці, свята, пам'ятні місця чи нові втрати.

Вік сам по собі не визначає ані тяжкості, ані тривалості горя. У старшому віці людина може одночасно переживати смерть кількох близьких, втрату домівки, здоров'я, звичного середовища, соціального статусу, незалежності або можливості піклуватися про інших. Тому важливо запитувати не лише про смерть близької людини, а й про сукупність втрат та наявні джерела підтримки.

Алгоритм підтримувальної розмови

1. Створіть умови для розмови.

Забезпечте спокійне місце, достатньо часу та можливість зробити паузу. Запитайте, чи готова людина зараз говорити і що для неї було б найкориснішим. Можна сказати:

«Мені дуже шкода, що вам довелося це пережити».

«Як ви почуваєтеся сьогодні?»

«Чи хочете ви розповісти про цю людину або про те, що зараз найважче?»

«Ми можемо зупинитися або змінити тему, якщо вам стане надто важко».

Не вимагайте докладно відтворювати обставини смерті. Мовчання, сльози або небажання говорити не означають, що розмова не відбулася.

2. З'ясуйте, що турбує найбільше. Обережно уточніть:

- що змінилося після втрати;
- як людина спить, харчується, доглядає за собою та приймає ліки;
- чи має вона з ким поговорити або до кого звернутися по практичну допомогу;
- які моменти дня чи ситуації є найважчими;
- чи були останнім часом інші втрати;
- що хоча б трохи допомагає витримувати цей період.

Якщо людина говорить про безнадію, небажання жити або відчуття, що стала тягарем, прямо й спокійно запитайте про думки щодо самогубства. Таке запитання не «підштовхує» до самогубства, а допомагає вчасно оцінити небезпеку.

3. *Визначте найближчу потребу.* Не намагайтеся за одну зустріч «опрацювати горе». Разом оберіть одну або дві реалістичні дії на найближчі дні. Це можуть бути:

- зв'язок із близькою або довіреною людиною;
- допомога з харчуванням, ліками, документами чи побутом;
- відновлення одного звичного елемента розпорядку дня;
- коротка прогулянка або інша посильна активність;
- відвідування сімейного лікаря;

- участь у пам’ятному ритуалі, духовній практиці або зустрічі громади;
- повторна розмова з фахівцем;
- звернення до психолога, групи підтримки або іншої відповідної служби.

Домовленість має бути посильною для людини. Виснаженій людині може бути складно самостійно телефонувати, шукати адресу чи пояснювати свою ситуацію кільком установам. За її згодою допоможіть установити контакт із потрібною службою.

4. *Підтримайте зв’язок із повсякденним життям і пам’яттю.*

Не потрібно вимагати «відпустити», «забути» або припинити говорити про померлу людину. Підтримуйте способи зберігати символічний зв’язок, які відповідають бажанням, культурі та вірі людини: перегляд фотографій, приготування улюбленої страви, догляд за місцем поховання, молитву, ведення записів, створення альбому, благодійну справу або продовження важливої сімейної традиції. Не пропонуйте таких дій як обов’язкових вправ. Для однієї людини вони дають опору, для іншої в цей момент можуть бути надто болісними.

5. *Домовтеся про наступний контакт.* Наприкінці коротко підсумуйте розмову:

- що зараз найважче;
- на яку підтримку людина погодилася;
- хто і що зробить;
- коли відбудеться наступний контакт;
- куди звертатися, якщо стан різко погіршиться.

Після значної втрати одного скерування недостатньо. Якщо це відповідає ролі фахівця, домовтеся про повторний дзвінок або зустріч, особливо коли людина живе сама, має проблеми зі здоров’ям, обмежену мобільність чи слабку соціальну підтримку. Розглянемо нижче, що допомагає, а що може нашкодити.

ДОПОМАГАЄ	МОЖЕ НАШКОДИТИ
Визнати значущість втрати	Знецінювати: «Усі через це проходять»
Слухати й витримувати паузи	Поспішати заповнити мовчання порадами
Називати померлу людину так, як це робить співрозмовник	Уникати будь-якої згадки про неї через власний дискомфорт
Запитувати, якої допомоги людина потребує	Вирішувати за неї, як вона «має» горювати
Пропонувати конкретну практичну допомогу	Казати лише: «Звертайтеся, якщо щось буде потрібно»
Підтримувати прийнятні для людини ритуали й пам’ять	Вимагати «відпустити минуле» або позбутися пам’ятних речей

ДОПОМАГАЄ	МОЖЕ НАШКОДИТИ
Визнавати різні почуття, зокрема гнів або полегшення	Викликати провину за «неправильні» переживання
Перевіряти фізичний стан	Автоматично пояснювати всі симптоми горем

Уникайте фраз: «Час лікує», «Тримайтеся», «Вам треба бути сильними», «Він або вона вже в кращому місці», «Принаймні людина прожила довге життя». Навіть доброзичливі слова можуть знецінювати конкретну втрату.

Під час війни людина може не мати підтвердженої інформації про долю близького, можливості поховати померлого або провести звичний ритуал. Не спонукайте її визнавати людину загиблою без офіційного підтвердження та не переконуйте, що потрібно «поставити крапку». Визнайте складність невизначеності:

«Дуже важко жити, не знаючи, що сталося».

«Схоже, у вас одночасно залишаються і надія, і страх».

«Що допомагає вам витримувати цю невизначеність сьогодні?»

Допоможіть визначити практичні джерела підтримки, не підмінюючи компетентні органи та не даючи неперевірених обіцянок щодо пошуку людини.

Зверніть увагу на фізичний і когнітивний стан. Горювання може супроводжуватися втомою, безсонням, зміною апетиту, труднощами концентрації та тілесним напруженням. Водночас нові, сильні або незвичні симптоми не можна автоматично пояснювати горем. Біль у грудях, задишка, раптова слабкість, падіння, зневоднення, тривала відмова від їжі чи пиття, сплутаність свідомості або різка зміна поведінки потребують медичного оцінювання. Запропонуйте консультацію психолога, лікаря або іншого відповідного фахівця, якщо:

- переживання залишаються дуже інтенсивними або посилюються;
- людина протягом тривалого часу майже не може виконувати повсякденні справи;
- вона дедалі більше ізолюється і втрачає доступні джерела підтримки;
- не дбає про харчування, гігієну, лікування чи безпеку;
- постійно звинувачує себе у смерті близької людини;
- вживає алкоголь, заспокійливі чи інші речовини в небезпечний спосіб;
- разом із горем наявні виражені симптоми депресії, посттравматичного стресового розладу, тривожного або іншого психічного розладу;
- сама людина просить про спеціалізовану допомогу.

Не ставте скерування в залежність лише від часу, що минув після втрати.

Потрібні негайні дії та не слід чекати планової консультації, якщо виявлено:

- суїцидальні думки з наміром або планом, спробу самогубства;
- безпосередню загрозу собі чи іншим;
- психотичні прояви;
- раптову дезорієнтацію, сплутаність свідомості або різку зміну поведінки;
- тяжке самоушкодження, занедбаність чи небезпечне вживання речовин;
- гострі медичні симптоми;
- ознаки насильства або грубого нехтування потребами людини.

Дійте за алгоритмами підрозділів 6.8 і 7.8. За безпосередньої небезпеки не залишайте людину саму та залучайте екстрену допомогу відповідно до кризового протоколу.

Пролонгований розлад горювання не встановлюють лише тому, що людина продовжує сумувати або згадувати померлого. Потрібні стійкі й виражені прояви, істотний дистрес або порушення функціонування, а також оцінка того, чи виходить перебіг горювання за межі культурних, соціальних і релігійних норм середовища людини.

6.8 Алгоритм оцінки суїцидального ризику

Будь-який працівник може прямо запитати про небезпеку й залучити допомогу; повне оцінювання ризику та план ведення здійснює навчений фахівець. Висловлювання про небажання жити, безнадійність або відчуття себе тягарем не можна пояснювати лише віком, хворобою чи горем. Пряме, спокійне запитання про суїцидальні думки не підвищує ризику. Окремі відповіді в GDS-15 можуть стати приводом обережно уточнити безпеку, але не замінюють прямої розмови про суїцидальні думки, намір і план.

КРОК	ЗАПИТАННЯ ТА ДІЇ
1. Запитайте прямо	«Чи були останнім часом думки, що ви не хочете жити або хочете заподіяти собі смерть?» Якщо відповідь ствердна або нечітка, продовжуйте оцінювання
2. Уточніть актуальність	«Чи є ці думки зараз? Як часто вони виникають? Чи стали сильнішими останнім часом? Чи думаєте ви діяти найближчим часом?»

КРОК	ЗАПИТАННЯ ТА ДІЇ
3. Уточніть план і підготовчі дії	«Чи думали ви, як саме це зробити? Чи готували щось для цього? Чи маєте доступ до ліків, зброї або інших засобів?»
4. Запитайте про попередню поведінку та чинники ризику	Уточніть попередні спроби, нещодавні втрати, тяжкий біль або хворобу, вживання алкоголю чи інших речовин, психотичні симптоми, сильне збудження або сплутаність
5. З'ясуйте підтримку і здатність діяти безпечно	Запитайте, хто може бути поруч, чи погоджується людина на допомогу та чи здатна разом скласти план безпеки. Захисні чинники важливі, але не скасовують безпосередньої небезпеки

Документуйте поставлені запитання, відповіді, виявлені чинники ризику, залучених осіб і служб та узгоджений подальший контакт.

За безпосередньої небезпеки, зокрема актуального наміру, близького строку, конкретного плану, підготовчих дій або доступу до засобів, не залишайте людину саму. Викликайте 103 або 112 і дійте за вказівками екстреної служби.
Якщо це можна зробити безпечно, обмежте доступ до засобів. За відсутності ознак безпосередньої небезпеки навчений фахівець складає разом із людиною план безпеки, узгоджує швидкий контакт зі спеціалізованою допомогою та конкретний строк повторного зв'язку. Обіцянка «не робити цього» не замінює плану безпеки.
Лінія психологічної підтримки не замінює екстреної допомоги.

6.9 Кризова інтервенція

Фахову кризову інтервенцію проводить психолог або інший фахівець із відповідною підготовкою. Працівники першого контакту надають базову підтримку, перевіряють безпеку та організовують належну допомогу. Кризова підтримка має на меті зменшити безпосередню небезпеку, відновити мінімальне відчуття контролю та з'єднати людину з практичною, медичною, соціальною або психологічною допомогою. Її тривалість визначають за станом і потребами людини, а фіксована кількість сесій не є універсальною нормою. Наведемо орієнтовну послідовність дій.

1. Установіть спокійний контакт, представтеся, поясніть свою роль і перевірте, чи людина може безпечно продовжувати розмову.

2. З'ясуйте, що сталося, які потреби є найнагальнішими та чи існує загроза життю, здоров'ю або безпеці.

3. Слухайте без тиску, нормалізуйте зрозумілі реакції, але не знецінюйте небезпечних симптомів і не вимагайте детальної розповіді про подію.

4. Разом визначте один або кілька конкретних кроків на найближчий час: безпечне місце, людина поруч, ліки й медична допомога, їжа, зв'язок, транспорт або консультація.

5. Узгодьте подальший контакт і перевірте, чи людина фактично отримала потрібну допомогу.

Якщо людина відмовляється від допомоги й немає ознак безпосередньої небезпеки, поважайте її рішення, коротко поясніть доступні варіанти, залиште контакт для повторного звернення та задокументуйте пропозицію і відмову. За безпосередньої загрози дійте відповідно до закону й локального кризового протоколу.

Під час дистанційної розмови на початку уточніть місцеперебування людини та резервний спосіб зв'язку, якщо це обґрунтовано ризиком і людина погоджується. Якщо зв'язок перервався, спробуйте погоджений резервний канал. За ознак безпосередньої небезпеки та відомого місцеперебування залучіть 103 або 112; якщо місцеперебування невідоме, передайте екстреній службі лише наявні мінімально необхідні відомості й дійте за її вказівками.

Нові психотичні прояви у старшому віці, особливо разом із раптовою або мінливою зміною уваги, свідомості, орієнтації, поведінки чи соматичними симптомами, потребують термінового медичного оцінювання. Не пояснюйте їх автоматично психічним розладом і не замінюйте медичний тріаж психологічною технікою. Актуальні контакти служб екстреної та психологічної підтримки наведено в Додатку В.

6.10 Орієнтовна структура групових зустрічей (8 сесій)

Проводить групові зустрічі психолог або інший фахівець, підготовлений до ведення груп і реагування на гострий дистрес. Перед залученням до групи ведучий проводить коротку індивідуальну розмову, пояснює мету й правила участі, зокрема конфіденційність і право не відповідати на запитання, пропустити будь-яку вправу або припинити участь без пояснень.

Участь у групі відкладають, якщо людина перебуває в гострому медичному стані, має виражену сплутаність, існує безпосередній ризик заподіяння шкоди собі чи іншим або стан потребує інтенсивнішої індивідуальної допомоги. Ведучий має заздалегідь знати порядок залучення кризової та медичної допомоги й передбачити можливість індивідуальної розмови після емоційно складної сесії. Вправи, пов'язані з утратою та життєвою історією, проводять лише добровільно, без вимоги публічно розкривати особистий досвід.

№	ТЕМА	КЛЮЧОВА ВПРАВА	МЕТА
1	Знайомство і безпека	Коло імен + 1 слово про себе; спільне дихання	Створити безпечний простір; встановити правила
2	Наш досвід – нормалізація реакцій	«Лінія почуттів» 1–10; психоедукація про стрес	Нормалізувати реакції; зменшити самозвинувачення
3	Тіло і стрес	Сканування тіла; техніка дихання 4–2–6	Відновити зв’язок з тілом; навичка саморегуляції
4	Самотність і зв’язок	Карта соціальних ресурсів; «Мій найважливіший зв’язок»	Побачити наявні ресурси; відновлення зв’язків
5	Горе і втрата	Добровільна розмова про способи пам’ятати; карта доступної підтримки	Безпечне місце для горя; нормалізація втрат
6	Пам’ять і ідентичність	Карта життєвих опор; добровільний обмін способами подолання	Ресурс власного досвіду; відновлення ідентичності
7	Ресурси і майбутнє	«Листи сили»: кожен пише кожному одне позитивне	Зміцнення зв’язків у групі; визнання ресурсів
8	Завершення і подальший зв’язок	Коло підсумків; ритуал завершення; план контактів	Підбити підсумки; зберегти зв’язки після групи

Детальний сценарій кожної з восьми зустрічей з описом вправ, часовим розподілом і рекомендаціями фасилітатору наведено в Додатку І, протокол групового заняття «Подолання самотності через соціальні зв’язки».

6.11 Алгоритми реагування на складну поведінку при деменції (пам’ятка для доглядальників)

Застосовують родинні доглядальники та фахівці, які навчають і підтримують їх. Пам’ятка не замінює медичного оцінювання. Зміни поведінки при деменції можуть спричиняти значний стрес у близьких. Фахівцям важливо пояснювати доглядальникам, що такі зміни є проявом захворювання. Складна поведінка часто виникає у відповідь на страх, біль, нудьгу або нерозуміння ситуації. Тому варто не намагатися «виправити» людину, а з’ясувати можливу причину поведінки та змінити власну реакцію або середовище. Нижче наведені алгоритми реагування на найпоширеніші виклики.

ВИКЛИК	ЗМІСТ	ЯК ДІЯТИ	АЛЬТЕРНАТИВА
Блукання та спроби піти з дому	Людині може здаватися, що їй треба «на роботу», «додому», або вона може просто блукати через нудьгу чи плутанину в часі	Не кричіть і не тягніть людину назад у дім силою – це викличе опір та агресію	Підіть поруч із нею, поговоріть і м'яко перемкніть увагу. Наприклад, спокійно скажіть: «Спершу пообідаймо, а тоді вийдемо на прогулянку разом». Дайте людині безпечну можливість розім'ятися або запропонуйте допомогти вам у побуті (наприклад, на кухні), щоб вона відчула себе потрібною
Марення та галюцинації	Людина може бачити або чути речі чи людей, яких не існує (наприклад, померлих родичів), і це може її лякати	Ніколи не сперечайтеся і не намагайтеся жорстко довести, що видіння нереальні, або що в кімнаті нікого немає	Заспокойте людину лагідним голосом (наприклад: «Ти в безпеці, я поряд») та спробуйте змінити середовище – просто виведіть її з кімнати чи відведіть подалі від місця, що спровокувало тривогу. Перевірте, чи не викликана галюцинація чимось у кімнаті, наприклад, тінями від світла
Повторювана поведінка	Людина може постійно ставити одні й ті ж запитання (наприклад: «Де моя дружина?», «Коли ми їдемо?»)	Не дратуйтеся і не звинувачуйте людину в тому, що вона щойно про це питала	Зберігайте спокій та терпляче запевніть людину в тому, що її хвилює. Напишіть відповідь на її запитання на аркуші паперу і покладіть на видному місці, щоб випередити повторення. Спробуйте відволікти її увагу, залучивши до простої діяльності
Агресія або відмова від гігієни (наприклад, купання)	Агресія часто виникає тоді, коли людина відчуває страх, дискомфорт або не розуміє, що від неї хочуть	Ніколи не застосовуйте силу, не змушуйте і не карайте людину – це лише погіршить ситуацію	Зробіть глибокий вдих. Виявіть повагу до гідності та приватності особи. Якщо людина відмовляється приймати ванну, не поспішайте: увімкніть заспокійливу музику, прикрийте її рушником для збереження тепла, або ж відступіть і спробуйте провести процедуру пізніше чи обмити її губкою в ліжку

Раптова або різко посилена сплутаність, нові галюцинації, незвична сонливість, лихоманка, біль, відмова від їжі чи пиття, падіння або різка зміна поведінки потребують медичного оцінювання. Причиною можуть бути делірій, інфекція, зневоднення, біль або побічна дія ліків. Якщо людина виходить на дорогу, губиться, перебуває в холоді чи іншій небезпеці, не залишайте її саму, усуньте безпосередню загрозу та негайно залучіть допомогу. У разі зникнення не чекайте, а одразу звертайтеся до поліції за номером 102 або 112.

6.12 Самодопомога фахівця

Супервізія потрібна усім працівникам та волонтерам для професійних питань, а особиста психологічна допомога є окремою конфіденційною підтримкою. Регулярно звертайте увагу на зміни, які тривають, посилюються або впливають на якість роботи та повсякденне життя: нав'язливі спогади про робочі ситуації, порушення сну, уникання окремих клієнтів чи тем, надмірну залученість або емоційне відсторонення, дратівливість і відчуття безнадії. Для звернення по підтримку не потрібно чекати певної кількості ознак.

ВИКЛИК	ЗМІСТ
Професійна супервізія	Допомагає розібрати складний випадок, межі компетентності, етичні питання та професійні реакції. Частоту визначають відповідно до характеру роботи, навантаження, досвіду фахівця й вимог організації
Підтримка колег	Коротка розмова після складного дня, взаємна допомога та своєчасне повідомлення керівникові про перевантаження. Вона не замінює супервізії чи психологічної допомоги
Особиста психологічна або медична допомога	Потрібна, якщо стан впливає на сон, здоров'я, стосунки чи здатність працювати. Звернення має бути конфіденційним і не підмінятися супервізією
Відновлення поза роботою	Регулярний відпочинок, фізична активність відповідно до стану здоров'я, сон, соціальні контакти та зрозумілий ритуал завершення робочого дня

Якщо фахівець відчуває, що не може безпечно продовжувати роботу, має думки про заподіяння шкоди собі чи іншим або перебуває у гострому стані, потрібна невідкладна допомога та тимчасове припинення роботи з клієнтами.

6.13 Ознаки та системна профілактика вигорання команди

Важливо знати і враховувати керівникам програм і команд. Вигорання не встановлюють за однією ознакою і не пояснюють особистою слабкістю. Керівникам варто реагувати на стійкі зміни в роботі команди: зростання помилок і конфліктів, цинічні або знецінювальні висловлювання, часті незаплановані відсутності, труднощі з концентрацією, емоційне відсторонення, перевантаження або зниження якості допомоги. Фізичні скарги потрібно сприймати серйозно, а не тлумачити як «маску» чи надуману причину. Наводимо, що має забезпечити організація.

НАПРЯМ	ПРАКТИЧНІ ДІЇ
Реалістичне навантаження	Визначати його з урахуванням складності випадків, досвіду працівника, тривалості контакту, поїздок і додаткових обов'язків; регулярно переглядати, а не встановлювати один універсальний ліміт
Супервізія та консультації	Забезпечити доступ до належно підготовленого супервізора, можливість позапланової консультації після складного випадку й чітко відокремити супервізію від оцінювання працівника
Безпека та межі роботи	Установити порядок дій у кризових ситуаціях, чергування та зв'язку поза робочим часом. Працівник не повинен постійно залишатися доступним без узгодженого графіка
Командна підтримка	Проводити регулярні робочі обговорення без примусу до розкриття особистих переживань, забезпечити взаємозаміщення та не закріплювати всі складні випадки за однією людиною
Конфіденційна допомога	Надати працівникам можливість звернутися по особисту психологічну чи медичну допомогу без стигматизації та необґрунтованих наслідків для роботи
Реагування на перевантаження	Спочатку обговорити умови праці, обсяг і складність завдань, доступні ресурси та необхідні зміни. Не робити висновків про стан людини лише зі спостережень колег або керівника

Супервізія підтримує якість професійної практики, але не замінює належної організації праці, відпочинку, управління ризиками та доступу працівника до конфіденційної допомоги.

Наведені протоколи слід використовувати не як жорсткі сценарії, а як практичні орієнтири для послідовних і безпечних дій. У кожній ситуації фахівець має враховувати стан здоров'я, когнітивні й сенсорні можливості, життєві обставини, культурний контекст і вибір самої людини. Головне завдання полягає не в тому, щоб застосувати якомога більше технік, а в тому, щоб установити контакт, визначити першочергову потребу, помітити ознаки небезпеки та забезпечити допомогу, яка відповідає стану людини й межам професійної компетентності працівника.

Якість підтримки залежить не лише від дій окремого фахівця, а й від безперервності допомоги: чітких маршрутів скерування, взаємодії між соціальними, медичними та психологічними службами, повторного контакту після кризової ситуації, супервізії та належної організації роботи команди. Людина старшого віку не повинна залишатися сам на сам із потребою шукати допомогу між різними установами. За її згодою фахівець має допомогти встановити потрібний контакт і, наскільки дозволяє його роль, переконатися, що допомогу справді отримано.

РОЗДІЛ 7. Інструменти скринінгу та оцінки

Скринінг допомагає помітити ознаки, які потребують подальшої розмови, професійного оцінювання або невідкладного реагування, але не встановлює діагнозу. Його проводять лише за конкретної мети, добровільної згоди людини, належної підготовки працівника та наявності зрозумілого маршруту допомоги. Людина має право не відповідати на окремі запитання або припинити опитування. До початку пояснюють мету, порядок використання й зберігання результатів та можливі наступні кроки.

7.1 Загальні принципи скринінгу

ПРИНЦИП	ЩО ЦЕ ОЗНАЧАЄ НА ПРАКТИЦІ
Добровільність і зрозуміла згода	Поясніть мету, право відмовитися або пропустити запитання та порядок використання результатів
Компетентність	Застосовуйте лише той інструмент, для якого маєте належну підготовку. Результат, що потребує клінічного тлумачення, передавайте відповідному фахівцеві
Один інструмент для конкретної мети	Не використовуйте стандартні «пакети тестів». Добирайте інструмент за ознаками, запитом людини та метою контакту

ПРИНЦИП	ЩО ЦЕ ОЗНАЧАЄ НА ПРАКТИЦІ
Контекст важливіший за бал	Ураховуйте фізичний стан, біль, утрати, ліки, сенсорні й мовні труднощі, функціонування та життєві обставини
Доступна комунікація	За згодою людини читайте запитання вголос, давайте достатньо часу, перевіряйте розуміння й адаптуйте спосіб спілкування
Результат є початком розмови	Обговоріть відповіді разом із людиною. Бал не визначає послугу, фахівця чи інтенсивність допомоги автоматично

Скринінг відкладають або припиняють за раптової чи мінливої сплутаності, дезорієнтації, нових порушень мовлення або рухів, вираженої задишки, болю в грудях, втрати свідомості чи іншої ознаки гострого медичного стану спочатку організуйте невідкладне медичне оцінювання. За безпосереднього ризику заподіяння шкоди дійте за кризовим алгоритмом. За гострого емоційного перевантаження спочатку забезпечте спокій, безпеку й підтримку. Не проводьте опитування без згоди, коли людина не розуміє його мети або коли команда не може належно відреагувати на результат.

7.2 Орієнтовний огляд інструментів

ІНСТРУМЕНТ	ПРИЗНАЧЕННЯ ТА УМОВИ ЗАСТОСУВАННЯ	ТЛУМАЧЕННЯ Й ДЖЕРЕЛО
GDS-15	Орієнтовне виявлення депресивних симптомів у людей старшого віку. Застосовує підготовлений працівник за наявності відповідних ознак або локального протоколу, добровільної згоди й маршруту допомоги	Міжнародні пороги використовують лише орієнтовно. Українську версію не валідовано на вибірці людей 60+. Результат не є діагнозом *Підрозділ 7.3; Додаток А*
GAD-7	Орієнтовне виявлення тривожних симптомів. Застосовує підготовлений працівник за відповідних симптомів; соматичні причини має оцінити медичний фахівець	Оцінюють разом із тривалістю симптомів, функціонуванням і станом здоров'я. Не є діагнозом. Використовуйте валідований український текст з офіційного джерела

ІНСТРУМЕНТ	ПРИЗНАЧЕННЯ ТА УМОВИ ЗАСТОСУВАННЯ	ТЛУМАЧЕННЯ Й ДЖЕРЕЛО
TILS	Опис суб'єктивного відчуття самотності. Застосовує підготовлений працівник, коли людина говорить про ізоляцію або метою програми є соціальні зв'язки; лише добровільно	Сумарний бал 3–9 описує інтенсивність переживання. Українських валідованих порогів немає; це не клінічний тест. *Підрозділ 7.4; Додаток Б*
MMSE	Орієнтовне оцінювання окремих когнітивних функцій. Застосовує фахівець із належною підготовкою, якщо зміни розвивалися поступово; за раптових змін тест не проводять	Бал залежить від освіти, мови, слуху, зору, стану здоров'я та умов проведення. Не встановлює деменцію. Використовуйте стандартизовану дозволену версію
MoCA	Орієнтовне оцінювання різних когнітивних доменів. Застосовує фахівець, який виконав актуальні вимоги щодо навчання, сертифікації та відповідної мовної версії	Потребує професійного тлумачення з урахуванням освіти, мови та функціонування. Не встановлює діагнозу. Використовуйте офіційні матеріали MoCA
Barthel Index	Оцінювання базових повсякденних дій. Застосовує підготовлений медичний або соціальний фахівець для планування адаптацій, догляду чи реабілітації	Описує потребу в допомозі в конкретних діях. Бал не визначає паліативний статус або формат психологічної підтримки. Використовуйте стандартизовану версію

7.3 Депресія та тривога

Призначення та межі застосування GDS-15

GDS-15 можна використати для орієнтовного виявлення депресивних симптомів у людини старшого віку, якщо її стан, скарги або зміни функціонування дають для цього підстави. Це не обов'язкова частина першої зустрічі й не інструмент суцільного обстеження всіх учасників програми. Україномовний текст у Додатку А є робочим перекладом; опублікованої психометричної валідації цієї версії на українській вибірці людей 60+ не виявлено.

Міжнародні орієнтири 0–4, 5–9 і 10–15 балів можна використовувати лише як допоміжну інформацію. Вони не встановлюють діагнозу, не визначають «рівня» допомоги та не замінюють уточнення симптомів, тривалості, функціонування, фізичного й когнітивного стану.

Позитивний або клінічно тривожний результат потребує обговорення з людиною та,

залежно від обставин, поглибленого оцінювання підготовленим фахівцем. За наявності виражених симптомів допомогу не відкладають до планового повторного тестування.

Низький бал не виключає проблеми, якщо людина повідомляє про стійке погіршення стану, втрату здатності виконувати звичні справи або інші тривожні ознаки.

GDS-15 не містить прямого запитання про суїцидальні думки. Відповіді про порожнечу, нікчемність або безнадійність можуть стати приводом для прямої й спокійної розмови про безпеку, але не замінюють оцінювання суїцидального ризику за алгоритмом підрозділу 6.8.

Окремий скринінг тривожних симптомів GAD-7

GAD-7 оцінює тривожні симптоми, але не встановлює тривожного розладу. Українська адаптація пройшла прямий і зворотний переклад та психометричну перевірку на вибірці цивільних українців віком 17–75 років (Aleksina et al., 2024); окремої геріатричної валідації для групи 60+ немає. Результат тлумачать з урахуванням воєнного контексту, фізичного стану, ліків і функціонування. Нові або виражені соматичні симптоми спершу потребують належного медичного оцінювання.

7.4 Самотність

TILS містить три запитання про брак компанії, почуття залишеності осторонь та ізоляції. Її можна запропонувати, коли людина сама говорить про самотність або коли оцінювання соціальних зв’язків відповідає меті програми. Це не клінічний тест і не обов’язкова частина зустрічі. Сумарний бал 3–9 використовують лише для опису переживання та, за потреби, індивідуальної динаміки. Україномовний текст у Додатку Б є робочим перекладом; валідованих українських порогів немає. Сам факт проживання наодинці, вдівства чи статус ВПО не є достатньою підставою для автоматичного застосування шкали.

GDS-15 і TILS оцінюють різні явища. Їх не застосовують разом як стандартний «пакет». Інструмент добирають за конкретною метою та лише тоді, коли результат може обґрунтовано вплинути на подальшу розмову або допомогу.

7.5 Когнітивні функції

Межі застосування MMSE та MoCA

ПИТАННЯ	БЕЗПЕЧНИЙ ПІДХІД	ЧОГО УНИКАТИ
Гострі зміни	За раптової або мінливої сплутаності, дезорієнтації чи різкої зміни поведінки організуйте термінове медичне оцінювання	Не проводьте MMSE або MoCA замість медичного тріажу
Поступові зміни	Уточніть динаміку, повсякденне функціонування, ліки, настрій, сон, біль, слух, зір і мову. Порадьте звернутися до сімейного лікаря або іншого фахівця за локальним маршрутом	Не встановлюйте деменцію за одним балом і не скеровуйте автоматично лише до невролога
Вибір інструмента	Для MMSE враховуйте ліцензійні обмеження правовласника. Для MoCA використовуйте офіційну мовну версію та дотримуйтеся актуальних вимог правовласника щодо підготовки, сертифікації й правомірного використання	Не добирайте тест лише за рівнем освіти й не застосовуйте довільне правило «MMSE 20–24 плюс MoCA»
Тлумачення	Оцінюйте результат разом із попереднім рівнем функціонування, освітою, мовою, сенсорними й моторними обмеженнями та умовами проведення	Не вважайте нормальний бал доказом відсутності проблеми, якщо людина або близькі помічають стійке погіршення
Наступний крок	За поступового погіршення організуйте клінічне оцінювання; підтримку визначайте за конкретними потребами людини	Не визначайте інтенсивність послуг або «рівень» підтримки лише за балом

Когнітивний скринінг проводить лише фахівець із належною підготовкою. Наявність когнітивних труднощів сама собою не позбавляє людину права ухвалювати рішення. Результати не передають родичам або іншим особам без згоди людини, крім випадків, коли цього прямо вимагає закон або безпосередня безпека.

7.6 Функціональна незалежність (Barthel Index)

Barthel Index описує, якої допомоги людина потребує під час базових повсякденних дій: харчування, купання, одягання, користування туалетом і пересування. Слід заздалегідь визначити, яку саме версію шкали використовує команда, оскільки системи підрахунку відрізняються. Результат допомагає планувати адаптацію, реабілітаційну, соціальну чи доглядову підтримку, але не визначає психічного стану, паліативного статусу або допустимого формату психологічної допомоги.

ЩО ОЦІНЮЮТЬ	ЯК ВИКОРИСТАТИ РЕЗУЛЬТАТ	ЧОГО РЕЗУЛЬТАТ НЕ ВИЗНАЧАЄ
Конкретні базові повсякденні дії	Разом із людиною з'ясувати, у яких діях потрібні допомога, технічні засоби, реабілітація, транспорт або зміна формату участі	Діагноз, прогноз, паліативний статус або інтенсивність психологічної допомоги
Зміни після хвороби, травми чи госпіталізації	Порівняти з попереднім рівнем самостійності та за потреби організувати медичне або реабілітаційне оцінювання	Автоматичне обмеження участі в групі чи програмі
Потреби доглядальника	Окремо обговорити навантаження, навчання, перепочинок і доступні соціальні послуги	Здатність людини ухвалювати рішення або необхідність передавати контроль родичам
Доступність програми	Адаптувати місце, тривалість, транспорт, домашній чи дистанційний формат відповідно до вибору й безпеки людини	Єдиний «правильний» формат за сумарним балом

7.7 Коли можна розглянути певний інструмент

ЩО ОЦІНЮЮТЬ	ЯК ВИКОРИСТАТИ РЕЗУЛЬТАТ
Перший профілактичний контакт	Почніть із відкритої розмови про самопочуття, функціонування, потреби й безпеку. Скринінговий інструмент не є обов'язковим
Людина повідомляє про знижений настрій, втрату інтересу або помітне погіршення функціонування	За згодою можна розглянути GDS-15, якщо працівник підготовлений і є маршрут поглибленого оцінювання. За тривожних ознак дійте незалежно від бала
Людина говорить про самотність або програма оцінює соціальні зв'язки	За згодою можна використати TILS як основу для розмови. Не ототожнюйте самотність із проживанням наодинці й не визначайте послугу лише за балом

ЩО ОЦІНЮЮТЬ	ЯК ВИКОРИСТАТИ РЕЗУЛЬТАТ
Скарги на тривогу або паніку	За скарг на тривогу спочатку оцініть можливі гострі й соматичні причини. GAD-7 може застосовувати належно підготовлений фахівець із поясненням мети, обмежень, добровільності та подальших дій; шкала не встановлює діагнозу й не визначає маршрут автоматично
Поступове погіршення пам'яті чи повсякденного функціонування	Організуйте оцінювання за клінічним маршрутом. MMSE або MoCA застосовує належно підготовлений фахівець; за раптових змін потрібна термінова медична допомога
Труднощі з базовими повсякденними діями після хвороби, травми або з іншої причини	Розгляньте оцінювання функціонування за узгодженою версією Barthel Index і плануйте конкретні адаптацію та підтримку
Моніторинг програми	Заздалегідь визначте мету й показники. Не тестуйте всіх учасників однаковим пакетом. Повторне опитування проводьте лише за згодою та коли порівняння справді змістовне
Вдівство, переселення, досвід війни або госпіталізація без виражених симптомів	Не призначайте тест лише через належність до групи або подію. Запропонуйте підтримку й оцінюйте потребу за розмовою, функціонуванням і вибором людини

7.8 Алгоритм маршрутизації

Результат скринінгу є лише одним джерелом інформації. Подальший маршрут визначають за безпекою, гостротою й тривалістю змін, функціонуванням, станом здоров'я, життєвим контекстом, професійною оцінкою та вибором людини.

МАРШРУТ	КОЛИ ЗАСТОСОВУЮТЬ	ДІЇ
Продовження підтримки та спостереження	Немає ознак гострої небезпеки; труднощі не спричиняють суттєвого погіршення функціонування або людина вже отримує належну допомогу	Узгодьте бажаний формат підтримки, доступні ресурси та спосіб повторного контакту. Не робіть висновку лише за низьким балом

МАРШРУТ	КОЛИ ЗАСТОСОВУЮТЬ	ДІЇ
Планове поглиблене оцінювання	Симптоми або зміни функціонування зберігаються, але стан стабільний і немає ознак невідкладної небезпеки	Допоможіть звернутися до сімейного лікаря, психолога, психіатра, реабілітаційного чи іншого фахівця за відповідним маршрутом
Пріоритетне звернення найближчим часом	Стан помітно погіршується, істотно порушене функціонування, є виражені симптоми, психотичні прояви без безпосередньої загрози, занедбаність або недостатня підтримка	Організуйте швидкий контакт із належним фахівцем, узгодьте план безпеки й перевірте, чи людина фактично отримала допомогу
Невідкладна медична або кризова допомога	Раптова сплутаність, ознаки інсульту чи іншого гострого медичного стану; безпосередній суїцидальний намір, підготовчі дії або інша неминуча загроза собі чи іншим	Не залишайте людину без підтримки. Дійте за кризовим алгоритмом; за загрози життю телефонуйте 103 або 112. Не проводьте додатковий скринінг замість невідкладної допомоги

Жоден бал не визначає послугу або фахівця автоматично. Якщо людина висловлює думки про смерть або самогубство, спокійно й прямо уточніть їх частоту, намір, план, підготовчі дії, доступ до засобів і чинники захисту. Не кожна пасивна думка автоматично потребує виклику екстреної допомоги, але кожна потребує уважного оцінювання та належного наступного кроку. За безпосередньої загрози дійте негайно.

Скринінг у роботі з людьми старшого віку має залишатися клінічно чутливою розмовою, а не формальним збором балів. Результати шкал доповнюють, але не замінюють професійного судження, медичного тріажу, поглибленого оцінювання та рішення, ухваленого разом із людиною.

ЗАМІСТЬ ВИСНОВКУ

Цей посібник створено з переконанням, що психосоціальна підтримка людей старшого віку в Україні має бути системною, спиратися на докази й передусім впроваджуватися з повагою до гідності, досвіду і вибіру кожної людини.

Нинішнє покоління людей 60+ пережило чимало суспільних потрясінь і особистих втрат. У родинній та колективній пам'яті багатьох із них живуть Голодомор і репресії, Чорнобильська катастрофа, розпад Радянського Союзу, а тепер і повномасштабна війна. Водночас люди старшого віку є не лише тими, хто потребує підтримки. Вони зберігають пам'ять родин і громад, передають знання та життєвий досвід, підтримують близьких і часто виявляють виняткову стійкість. Турбота про їхнє психічне здоров'я є невіддільною частиною справедливого й людяного суспільства.

П'ять рівнів континууму підтримки, від повсякденного людського спілкування до спеціалізованої допомоги, допомагають вибудувати доступну й узгоджену систему підтримки. Проте жодна модель, шкала чи протокол не замінить уважної розмови, професійної компетентності та поваги до права людини самій визначати, якої допомоги вона потребує і чи готова вона її прийняти.

Цей посібник не претендує на остаточні відповіді. Він має розвиватися разом із практикою. Досвід людей старшого віку, фахівців і громад допоможе уточнювати запропоновані підходи, перевіряти їх у реальних умовах і знаходити рішення, яких сьогодні ще бракує. Важливо фіксувати не лише успішні практики, а й труднощі та несподівані результати. Саме так поступово вибудовується система, що справді відповідає потребам людей.

Посібник не замінює клінічних протоколів, фахової підготовки, супервізії чи локальних алгоритмів взаємодії. Запропоновані інструменти слід адаптувати до умов конкретної громади, перевіряти на практиці та вдосконалювати разом із людьми старшого віку й фахівцями відповідного профілю. Якісна підтримка починається не з готового рішення, а з уважності до людини, її історії, потреб і права бути почутою.

ДОДАТКИ

Додатки містять готові до використання інструменти, форми, шаблони та кейси. Шаблони організаційного характеру можна використовувати окремо. Скринінгові, кризові та інші матеріали, що впливають на рішення про допомогу, застосовують лише разом із правилами безпеки, межами компетентності та маршрутизацією, викладеними в основному тексті.

ДОДАТОК	НАЗВА	ДЛЯ КОГО
А	Геріатрична шкала депресії GDS-15	Підготовлені психологи, соціальні та медичні працівники за наявності маршруту допомоги
Б	Трипунктова шкала самотності (TILS)	Підготовлені працівники програм, психологи, соціальні та медичні працівники
В	Ключові ресурси та контакти (гарячі лінії, платформи)	Усі фахівці та учасники
Г	Шаблон щомісячного звіту координатора	Координатори програм
Д	Карта партнерів – шаблон для вашої громади	Координатори програм
Е	Логічна рамка LFA – зразок для грантової заявки	Координатори, менеджери проєктів
Ж	Кейс Чернігівської області: комплексна модель 60+	Управлінці, координатори, стейкголдери
З	Кейс «Астарта»: корпоративна програма «Активне довголіття»	Управлінці, HR, бізнес-партнери
І	Протокол групового заняття «Подолання самотності»	Фасилітатори груп, психологи

ДОДАТОК А. Геріатрична шкала депресії GDS-15

GDS-15 є короткою версією Геріатричної шкали депресії. Оригінальний інструмент перебуває у суспільному надбанні й не потребує окремої ліцензії (Yesavage et al., 1982–1983; Sheikh & Yesavage, 1986). Наведений український текст є робочим перекладом без опублікованої локальної психометричної валідації. Форму не використовують як обов'язковий тест для всіх людей старшого віку. Її може застосувати підготовлений працівник за конкретної мети, добровільної згоди людини та наявності маршруту подальшої допомоги.

GDS-15 містить 15 запитань із відповідями «так / ні» й орієнтовно займає 5–7 хвилин. Перед початком поясніть мету, добровільність, порядок використання результату та право не відповідати або припинити опитування. За згодою людини запитання можна прочитати вголос. Не проводьте опитування під час гострого медичного стану, вираженої сплутаності або безпосередньої небезпеки: у таких випадках дійте за відповідним алгоритмом допомоги.

Інструкція для проведення

«Я поставлю Вам 15 запитань. На кожне дайте відповідь "так" або "ні" відповідно до того, як Ви почувалися протягом останнього тижня».
Не коментуйте окремі відповіді й не оголошуйте проміжний бал під час опитування.

№	ЗАПИТАННЯ	ВІДПОВІДЬ	БАЛ
1	Чи задоволені Ви загалом своїм життям?	☐ Так ☐ Ні	НІ = 1
2	Чи відмовились Ви від багатьох занять і інтересів?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
3	Чи відчуваєте Ви, що Ваше життя порожнє?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
4	Чи часто Вам нудно?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
5	Чи Ви у гарному настрої більшість часу?	☐ Так ☐ Ні	НІ = 1
6	Чи боїтесь Ви, що щось погане трапиться з Вами?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
7	Чи відчуваєте Ви себе щасливим більшість часу?	☐ Так ☐ Ні	НІ = 1
8	Чи часто Ви відчуваєте себе безпорадним?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1

№	ЗАПИТАННЯ	ВІДПОВІДЬ	БАЛ
9	Чи вважаєте Ви за краще залишатись удома, ніж займатись новими справами?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
10	Чи відчуваєте Ви, що у Вас більше проблем із пам'яттю, ніж у більшості людей?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
11	Чи вважаєте Ви, що чудово – бути зараз живим?	☐ Так ☐ Ні	НІ = 1
12	Чи відчуваєте Ви себе досить нікчемним у своєму теперішньому стані?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
13	Чи відчуваєте Ви себе сповненим енергії?	☐ Так ☐ Ні	НІ = 1
14	Чи відчуваєте Ви, що Ваша ситуація безнадійна?	☐ Так ☐ Ні	ТАК = 1
15	Чи вважаєте Ви, що більшість людей живе краще за Вас?	☐ Так ☐ Ні	НІ = 1

Підрахунок балів Загальна сума: _____

Нарахуйте 1 бал за кожну відповідь, що відповідає ключу:

«ні» – питання 1, 5, 7, 11, 13;

«так» – питання 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15.

Міжнародні орієнтири:

0–4 – небагато симптомів;

5–9 – підвищений рівень симптомів;

10–15 – виражені симптоми, що потребують поглибленої оцінки.

Ці межі не валідовано окремо для населення України. Результат не встановлює діагнозу й не визначає маршруту автоматично. Низький бал не скасовує потреби в допомозі, якщо є тривожні ознаки. Інтерпретуйте результат разом із розмовою, функціонуванням, фізичним і когнітивним станом, пережитими втратами та безпекою людини.

GDS-15 не містить прямого запитання про суїцидальні думки. Якщо відповіді або розмова вказують на безнадію, нікчемність, утрату сенсу чи інші сигнали небезпеки, спокійно й прямо уточніть наявність думок про смерть або самогубство, наміру, плану, підготовчих дій і доступу до засобів. Дійте за алгоритмом підрозділу 6.8; за безпосередньої загрози залучіть невідкладну допомогу.

ДОДАТОК Б. Трипунктова шкала самотності (TILS)

TILS розробили Hughes et al. (2004) на основі трьох пунктів UCLA Loneliness Scale. Перед відтворенням повної форми потрібно підтвердити умови використання оригінальних пунктів і перекладу та належно послатися на першоджерело. Наведений український текст є робочим перекладом без опублікованої локальної психометричної валідації. TILS не є клінічним тестом і не застосовується автоматично через вік, проживання наодинці, вдівство чи статус ВПО. Перед початком поясніть мету, добровільність і право припинити опитування.

TILS містить три запитання про брак компанії, почуття залишеності осторонь та ізоляції; орієнтовний час – 2–3 хвилини. Бал використовують лише для опису суб'єктивного переживання та, за потреби, індивідуальної динаміки. Формат підтримки визначають разом із людиною за змістом її відповідей, потребами, ресурсами й вибором, а не за сумою балів.

Інструкціядля проведення

«Оцініть, як часто Ви відчуваєте наступне. Відповідайте: 1 – майже ніколи, 2 – іноді, 3 – часто».

ПИТАННЯ	МАЙЖЕ НІКОЛИ (1)	ІНОДІ (2)	ЧАСТО (3)
Як часто Ви відчуваєте, що Вам бракує компанії?	☐	☐	☐
Як часто Ви почуваєтеся залишеним(ою) осторонь?	☐	☐	☐
Як часто Ви відчуваєте себе ізольованим(ою) від інших?	☐	☐	☐

Підрахунок балів

Додайте бали за трьома відповідями. Діапазон – 3–9; вищий бал означає сильніше суб'єктивне переживання самотності.

Українські пороги «низької», «помірної» або «високої» самотності не встановлені. Використовуйте бал лише для опису переживання та відстеження індивідуальної динаміки, а не для автоматичної категоризації чи маршрутизації. Обговоріть окремі відповіді та бажаний для людини формат підтримки.

Загальна сума:_____ Дата: _____

Дата повторного опитування (за потреби): _____

ДОДАТОК В. Ключові ресурси та контакти

Актуальність контактів перевіряйте перед виданням матеріалів. В умовах воєнного часу номери і сайти можуть змінюватися. Дата останньої перевірки редакцією: 31.08.2026

РЕСУРС	КОНТАКТ / ПОСИЛАННЯ	ДЛЯ ЧОГО
Платформа «Ти як?»	howareu.com	Матеріали самодопомоги, вправи, відеоматеріали, пошук ЦЖ
Лінія Національної психологічної асоціації	0 800 100 102 (безкоштовно)	Психологічна підтримка (щодня 10:00–20:00); не замінює 103 / 112 за безпосередньої небезпеки
Надавачі медичної допомоги за напрямом «Психологічна і психіатрична допомога»	https://nszu.gov.ua/dashboards/nadavaci-medicnoyi-dopomogi-za-napriamom-psixologic	Пошук найближчого Центру ментального здоров'я чи іншого закладу охорони здоров'я (первинна, амбулаторна, стаціонарна допомога)
Центри життєстійкості	https://www.msp.gov.ua/about/klyuchovi-napryamy/zhyttyestiykist/hromady-do-uchasti-v-prohrami-zhyttyestiykosti	Пошук найближчого ЦЖ
Інтерактивна мапа психосоціальної підтримки від ReliefWeb - пошук за регіоном і типом послуги	https://response.reliefweb.int/ukraine/mental-health-and-psychosocial-support-technical-working-group/mhpss-twg-referrals-map	Для фахівців: координація психосоціальної підтримки
Екстрена медична допомога	103	Медична криза
Поліція (при насильстві)	102	Загроза безпеці

ДОДАТОК Г. Шаблон щомісячного звіту координатора

Звіт подається щомісяця до 5 числа наступного місяця. Формат: 1 сторінка.

Програма: _____ Місяць: _____

Координатор: _____

1. Охоплення:

Нових учасників за місяць: ___ Групових зустрічей проведено: ___

Всього з початку програми: ___ Домашніх візитів: ___ Скерувань до фахівців: ___

2. Ключові досягнення (2–3 речення):

3. Труднощі та ризики:

4. Команда: Активних волонтерів: ____ Ознаки вигорання у: _____ (ім'я, дія)

5. Фінанси:

Використано бюджету: ___ % від плану. Залишок на наступний місяць: ___ грн

6. План на наступний місяць:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Дата: _____ Підпис: _____

ДОДАТОК Д. Карта партнерів – шаблон для вашої громади

Заповніть таблицю конкретними контактами, щоб до запуску мати щонайменше 3 активні партнерства.

ОРГАНІЗАЦІЯ / УСТАНОВА	ЩО МОЖУТЬ ДАТИ ВАМ	ЩО ВИ МОЖЕТЕ ДАТИ ЇМ	КОНТАКТНА ОСОБА / ТЕЛЕФОН	СТАТУС
Відділ соціального захисту ОМС	Реєстр людей 60+, соціальне замовлення, приміщення	Психологічна підтримка клієнтів, звітність		
ЦПМСД / сімейні лікарі	Скерування пацієнтів 60+, виявлення ізольованих	Психоедукація, розвантаження лікарів від немедичних запитів		
Центр Життєстійкості (якщо є)	Спільне приміщення, методична підтримка «Ти як?»	Охоплення 60+, волонтери		
Місцева бібліотека	Приміщення для занять, аудиторія читачів 60+	Цікавий контент, нові відвідувачі		
Парафія / церква	Довіра цільової групи, приміщення	Підтримка парафіян, спільні заходи		
Місцевий бізнес / аптека	КСВ-фінансування, поширення матеріалів	Позитивний PR, лояльність клієнтів 60+		
НУО / громадська організація	Спільна заявка, розподіл ролей	Ваша спеціалізація, охоплення		

ДОДАТОК Е. Логічна рамка LFA – зразок для грантової заявки

Логічна рамка (LFA, Logical Framework Approach) показує причинний зв'язок між діяльністю, створеними продуктами, очікуваними змінами та загальною метою проєкту. Більшість міжнародних донорів вимагають додавати LFA до грантової заявки.

ОРГАНІЗАЦІЯ / УСТАНОВА	ЩО МОЖУТЬ ДАТИ ВАМ	ЩО ВИ МОЖЕТЕ ДАТИ ЇМ	КОНТАКТНА ОСОБА / ТЕЛЕФОН	СТАТУС
Загальна мета (Goal)	Сприяти поліпшенню психологічного добробуту та соціальної включеності людей 60+ у громаді в умовах війни	Наприкінці проєкту не менш як 70 % опитаних учасників повідомляють про позитивні зміни у психологічному добробуті або соціальних зв'язках порівняно з початком участі	Анонімне опитування учасників на початку та наприкінці проєкту; підсумковий звіт	Безпекова ситуація дає змогу проводити заходи; у громаді зберігається доступ до базових медичних і соціальних послуг
Очікувані зміни (Outcome)	Люди 60+, які беруть участь у програмі, мають більше регулярних соціальних контактів, відчувають менше самотності та знають, куди звернутися по допомогу	Не менш як 60 людей долучилися до програми; не менш як 70 % із них відвідали щонайменше половину запланованих зустрічей; не менш як 70 % опитаних учасників повідомляють про посилення соціальних зв'язків або зменшення відчуття самотності	Реєстраційні форми й журнали відвідування; анонімне опитування учасників на початку та наприкінці програми	Учасники готові долучатися до програми; формат, час і місце проведення залишаються для них доступними

ОРГАНІЗАЦІЯ / УСТАНОВА	ЩО МОЖУТЬ ДАТИ ВАМ	ЩО ВИ МОЖЕТЕ ДАТИ ЇМ	КОНТАКТНА ОСОБА / ТЕЛЕФОН	СТАТУС
Продукти (Outputs)	Проведено 48 групових зустрічей; підготовлено 8 волонтерів-ровесників; створено й апробовано маршрут скерування до доступних послуг	48 проведених зустрічей; 8 волонтерів завершили навчання; затверджено один маршрут скерування; зафіксовано кількість скерувань і випадків отримання послуг	Журнали зустрічей; програма навчання та списки учасників; затверджена карта послуг і журнал скерувань без персональних даних	Партнерські служби приймають скерування; підготовлені волонтери можуть продовжувати участь у програмі
Діяльність (Activities)	Залучення учасників; проведення груп підтримки; навчання й супровід волонтерів; домашні візити за потреби; картування послуг і погодження маршруту скерування; інформаційна кампанія	Заходи виконано у строки та в обсязі, визначених календарним планом	Календарний план; журнал координатора; списки учасників; звіти про проведені заходи	Є доступні приміщення, транспорт, засоби зв'язку та команда; партнери вчасно виконують погоджені завдання

Логічна рамка має спиратися на актуальні дані про потреби й ресурси громади та показувати причинний зв'язок між діяльністю, безпосередніми результатами й очікуваними змінами. Індикатори визначають до початку проєкту. Вони мають бути конкретними, вимірюваними, досяжними, доречними та обмеженими в часі. Не використовуйте загальних формулювань на кшталт «покращення якості життя», якщо не визначено, яку саме зміну, серед кого, у який строк і яким способом вимірюватимуть. Кількісні орієнтири в цьому зразку слід адаптувати до масштабу, тривалості та ресурсів конкретного проєкту.

ДОДАТОК Ж. Кейс Чернігівської області щодо соціально-психологічної адаптації людей 60+

У Чернігівській області реалізується проєкт, спрямований на соціально-психологічну адаптацію людей старшого віку. Його мета – створювати умови для активного й комфортного життя людей 60+, підтримувати їхню соціальну активність, психічне здоров'я та відчуття власної значущості, а також зменшувати упереджене ставлення й посилювати соціальну згуртованість у громадах.

У проєкті були використані такі *формати роботи:*

- практичні заходи – арттерапія, майстер-класи, навчання економічної та цифрової грамотності;
- просвітницькі заходи – лекції та виступи експертів із різних сфер;
- консультаційні заходи – індивідуальні та групові консультації.

За результатами моніторингу залученість людей віком 60+ до активностей зросла на 37 %.

Найпопулярніші активності проєкту:

- спортивні заняття – тренування у спортзалі, заняття на тренажерах, скандинавська ходьба та нейрогімнастика;
- вивчення англійської, італійської та польської мов;
- курси цифрової грамотності;
- танцювальні й театральні гуртки;
- заняття у кімнаті ігрової терапії «Toy Therapy Room»;
- клуби любителів прози та поезії;
- майстер-класи з техніки кінусайга, виготовлення виробів із соломи та ляльок-мотанок, садівництва й городництва;
- виїзні екскурсії рідним краєм.

В області функціонують 9 Університетів третього віку, 6 просторів соціальної адаптації, простори турботи для людей 60+ та клуби активного довголіття. Люди старшого віку також долучаються до лекцій про здоров'я, майстер-класів, груп взаємопідтримки у центрах життєстійкості та заходів Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?». У межах факультету здорового способу життя діє гурток «Тренування мозку», учасники якого розвивають пам'ять і увагу через ребуси, кросворди, сканворди, судоку та пошук зашифрованих предметів на зображеннях.

Міжпоколіннєвий підхід реалізовано завдяки ініціативі «Теплі посиденьки» на базі закладів дошкільної освіти поєднує психоемоційне розвантаження старших членів родини з навчанням базових вправ психосоціальної підтримки, які вони можуть використовувати у спілкуванні з онуками.

До реалізації заходів долучаються БФ «Карітас Чернігів», БФ «Рокада», БФ «Право на захист», ГО «Дівчата» та мобільні бригади міжнародної організації «Хумедіка». При Центрі життєстійкості БФ «Карітас Чернігів» працює клуб «Час затишку», а партнерські організації проводять заходи із психологічної підтримки, цифрової інклюзії, саморегуляції та подолання стресу.

ДОДАТОК 3. Кейс Агропромхолдингу «Астарта-Київ» з упровадження культури активного довголіття

Агропромхолдинг «Астарта-Київ» інтегрує культуру довгого професійного життя у підхід до розвитку людського капіталу. Вік, досвід і накопичені знання працівників розглядаються як ресурс компанії, а не як перешкода для професійної активності. За даними компанії, частка працівників віком 60+ зросла з 5 % у 2023 році до 11 % у 2025 році (Мозгова, 2026).

Здоров'я, навчання та розвиток на корпоративному рівні

- У межах проєкту «Здорові-Незламні» працівники проходять регулярні медичні чекапи, отримують психологічну підтримку та можуть користуватися можливостями співпраці з центрами життєстійкості.
- Компанія інвестує у навчальні програми, кар'єрне планування, розвиток професійних, соціальних і цифрових навичок, стажування та перекваліфікацію для різних вікових груп.
- Наставництво використовується як інструмент поступової адаптації та взаємного обміну знаннями між поколіннями.

Працевлаштування людей 50+ і подолання ейджизму

- Проєкт «Тиждень дорослого стажера» реалізується «Астартою-Київ» у партнерстві з Державною службою зайнятості. Формат передбачає п'ять робочих днів стажування на підприємствах компанії у супроводі наставника. Він дає можливість поступово ознайомитися з роботою та разом із роботодавцем ухвалити рішення щодо подальшого працевлаштування.
- У пілоті 2025 року 15 із 20 учасників віком 50+ після стажування отримали роботу на підприємствах «Астарти».

Дослідження та адвокація

- Агенція Ruban Litvinova Social Impact Agency за ініціативи Мінсоцполітики провела дослідження «Активне довголіття в Україні: дослідження поточного стану та бар'єрів». До просування теми й напрацювання практичних рішень долучилася «Астарта-Київ».

- Дослідження системно проаналізувало бар'єри для людей дорослого (45+) і старшого (60+) віку, зокрема ейджизм, обмежений доступ до освіти й послуг, проблеми здоров'я, самотність і дефіцит цифрових навичок.

Досвід компанії свідчить, що поєднання відповідального найму, короткого стажування, наставництва, навчання, підтримки здоров'я та вікової різноманітності може створювати умови для довшої професійної активності.

ДОДАТОК І. Протокол групового заняття «Подолання самотності через соціальні зв'язки»

ПИТАННЯ	МАЙЖЕ НІКОЛИ (1)
Цільова аудиторія	Люди 60+, які відчувають самотність, соціальну ізоляцію або втрату зв'язків після втрат, переїзду (ВПО), виходу на пенсію
Формат	Групове заняття, 8–12 учасників
Тривалість	90 хвилин
Мета	Усвідомлення типів самотності; стратегії відновлення зв'язків; конкретний план дій
Матеріали	Роздруківки «Типи самотності»; аркуші А4 + маркери; постер «Карта зв'язків»; шаблони «Мій план дій»; список активностей у громаді з контактами

БЛОК 1. Вступ і нормалізація (15 хв)

Відкриття (3 хв). Ведучий: «Доброго дня! Сьогодні ми поговоримо про самотність – почуття, яке багато з нас відчували або відчувають зараз. Самотність – не слабкість і не те, чого треба соромитися. Вона може бути зрозумілою реакцією на втрати та зміни в житті. За даними міжнародного систематичного огляду, самотність переживають близько 28 % людей старшого віку; показники істотно різняться між країнами та групами. Тож ви не самі у цьому досвіді» (Salari et al., 2025).

Коло знайомства (10 хв). По колу кожен називає ім'я і відповідає на запитання: «Що змінилося в моєму житті останніми роками, що вплинуло на мої соціальні зв'язки?» Ведучий після кожної відповіді просто дякує, не коментує, не дає порад. Підкреслює загальність досвіду.

Порада ведучому: не коментуйте кожну історію і не давайте порад. Просто дякуйте. Це знімає відчуття «я один такий» – найважливіший ефект цього блоку.

БЛОК 2. Типи самотності (20 хв)

ТИП САМОТНОСТІ	ОПИС	ЯК ДОЛАТИ
Емоційна самотність	Відсутність близького зв'язку (партнер, близький друг). «Мені нікому розповісти про найважливіше». Виникає після втрати	Складніше подолати – потребує часу. Акцент на якості наявних зв'язків. Фокус на пам'яті та продовженні зв'язку з тим, кого не стало (continuing bonds)
Соціальна самотність	Відсутність кола знайомих, групи. «Мені нікуди піти». Виникає після виходу на пенсію, переїзду	Легше зменшити – можна приєднатися до гуртка, групи, волонтерства. Конкретні кроки дають швидкий результат

Вправа (10 хв): учасники заповнюють два стовпчики – «Ознаки емоційної самотності у мене» / «Ознаки соціальної самотності у мене». По колу коротко (необов'язково): «Я відчуваю більше [тип] самотності».

БЛОК 3. Карта соціальних зв'язків (25 хв)

Учасники малюють концентричні кола на аркуші А4: внутрішнє – найближчі (1–3 людини), середнє – знайомі (сусіди, далекі родичі, колеги), зовнішнє – «слабкі зв'язки» (знайомі з гуртка, церкви, крамниці).

Питання для обговорення:

- Подивіться на своє зовнішнє коло. Хто там є?
- Яку з цих людей ви могли б побачити цього тижня?
- Де у вашій карті є порожнє місце, яке ви хотіли б заповнити?
- Яку активність у громаді ви знаєте, де могли б познайомитися з новими людьми?

БЛОК 4. Стратегії та конкретний план (25 хв)

СТРАТЕГІЯ	ПРИКЛАДИ КОНКРЕТНИХ КРОКІВ
Поглиблення наявних зв'язків	Зателефонувати людині, з якою давно не спілкувалися. Запросити сусідку на чай. Написати листа онуку
Відновлення зв'язку з природою та простором	Щоденна прогулянка в певний час (потенційне місце знайомств). Відвідування ринку або церкви
Приєднання до організованих груп	Гурток за інтересами. Волонтерська діяльність. Група підтримки при ЦЖ
Цифровий зв'язок	Відеодзвінки з рідними за кордоном. Групи в Viber. Онлайн-активності

Складання плану «Мій крок цього тижня» (7 хв): кожен учасник на окремому аркуші записує ОДИН конкретний крок на наступні 7 днів. Формат: «Я [конкретна дія] [день тижня] [час]».

БЛОК 5. Завершення (5 хв)

Коло завершення: кожен одним реченням відповідає на питання «Що я забираю з собою з цієї зустрічі?». Ведучий нагадує про наступну зустріч, при потребі роздає список активностей у громаді.

Після заняття варто зателефонувати за 5–7 днів тим, хто видавався найбільш ізольованим, і запитати: «Як ваш план дій? Чи вдалося зробити крок?».

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ ТА АБРЕВІАТУР

СКОРОЧЕННЯ	ПОВНА НАЗВА (УКРАЇНСЬКА)	ПОВНА НАЗВА (ОРИГІНАЛ)
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я	World Health Organization (WHO)
ВПО	Вимушено переміщені особи	Internally Displaced Persons (IDP)
ГО	Громадська організація	–
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія	Cognitive Behavioural Therapy (CBT)
МЗПСП	Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка	Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS)
НСЗУ	Національна служба здоров'я України	–
ОМС	Орган місцевого самоврядування	–
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад	Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
УТВ	Університет третього віку	University of the Third Age (U3A)
ЦЖ	Центр життєстійкості (мережа Всеукраїнської програми ментального здоров'я «Ти як?»)	–
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги	–

СКОРОЧЕННЯ	ПОВНА НАЗВА (УКРАЇНСЬКА)	ПОВНА НАЗВА (ОРИГІНАЛ)
EMDR	Десенсибілізація і репроцесинг за допомогою рухів очей	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GAD-7	Шкала генералізованого тривожного розладу (7 запитань)	Generalized Anxiety Disorder 7-item scale
GDS-15	Геріатрична шкала депресії (15 запитань)	Geriatric Depression Scale, 15-item version
LFA	Логічна рамка проєкту	Logical Framework Approach
M&E	Моніторинг та оцінка	Monitoring and Evaluation
MBI	Опитувальник вигорання Маслач	Maslach Burnout Inventory
MMSE	Мінітест оцінки психічного стану	Mini-Mental State Examination
MoCA	Монреальська когнітивна оцінка	Montreal Cognitive Assessment
PERMA	Модель благополуччя (Селігман)	Positive Emotions, Engagement, Relationships, Meaning, Accomplishment
SMHPL	Інструмент оцінки програм для психічного здоров'я людей старшого віку	Seniors Mental Health Policy Lens (Canada)
SOC	Модель вибору, оптимізації та компенсації	Selection, Optimization, and Compensation
TILS	Трипунктова шкала самотності	Three-Item Loneliness Scale

ГЛОСАРІЙ КЛЮЧОВИХ ТЕРМІНІВ

СКОРОЧЕННЯ	ПОВНА НАЗВА (УКРАЇНСЬКА)
Антиейджизм	Підходи й практики, спрямовані на протидію віковим стереотипам, упередженням і дискримінації та на забезпечення рівної участі людей незалежно від віку
Волонтер-ровесник	Людина старшого віку, яка пройшла базове навчання й підтримує інших ровесників або допомагає проводити групи взаємопідтримки. Вона не виконує функцій психолога чи психотерапевта, дотримується визначених меж ролі та має доступ до консультацій або супервізійної підтримки
Геротрансценденція	Психологічний процес трансформації у пізньому дорослому віці: перехід від матеріалістичного до більш духовного, трансцендентного світогляду (за Торнстемом). Нормальний, а не патологічний процес
Дистрес	Негативний стрес, який перевищує ресурси людини для адаптації та спричиняє психологічний дискомфорт або порушення функціонування
Доглядальник (caregiver)	Особа (як правило, родич або близька людина), яка на неформальній основі надає допомогу людині з обмеженими можливостями або хворобою. Часто зазнає вторинної травматизації та вигорання
Ейджизм (ageism)	Стереотипне, упереджене або дискримінаційне ставлення до людей через їхній вік. Може бути зовнішнім (від суспільства) або інтерналізованим (self-ageism – людина сама приймає негативні стереотипи щодо власного старіння)
Ікіґай (ikigai)	Японське поняття того, що надає життю сенсу, цінності й підстав прокидатися вранці. Ікіґай може бути пов'язаний із повсякденними заняттями, стосунками, турботою про інших, працею або особистими інтересами й не зводиться до поширеної чотириколової схеми
Континуум підтримки	Узгоджена система форм підтримки різної інтенсивності: від повсякденної участі, профілактики та взаємопідтримки до професійної, спеціалізованої й довготривалої допомоги. Перехід між ними визначають потреби, безпека, функціонування та вибір людини, а не лише результат шкали чи належність до певної групи
Кризова інтервенція	Фахове психологічне втручання в кризовій ситуації, спрямоване на зменшення безпосередньої небезпеки, стабілізацію гострого дистресу, відновлення мінімального відчуття контролю та з'єднання людини з потрібною допомогою. Формат і тривалість визначають за станом, потребами та компетентністю фахівця

СКОРОЧЕННЯ	ПОВНА НАЗВА (УКРАЇНСЬКА)
Маршрутизація (скерування)	Систематичний процес скерування людини від одного рівня підтримки до іншого або від одного фахівця до іншого відповідно до виявлених потреб та ризиків
Нормалізація	Терапевтична техніка та принцип комунікації: пояснення клієнту, що його реакція є нормальною і передбачуваною відповіддю на складні обставини, а не ознакою патології або слабкості
Підтримка «рівний рівному» волонтерство ровесників	Підтримка, яку надає підготовлена людина з релевантним життєвим досвідом або ровесник. Спільність досвіду може полегшити довіру й зменшити стигму, але не замінює навчання, визначення меж ролі та супервізійної підтримки
Пролонгований розлад горювання (prolonged grief disorder)	Стан, за якого після смерті близької людини тривалий і виражений сум за померлою людиною або постійна зосередженість на ній супроводжуються іншими симптомами, істотно порушують повсякденне функціонування та виходять за межі очікуваних для культури й контексту проявів горювання. Діагноз установлює належно підготовлений фахівець за чинними діагностичними критеріями; природне горювання саме собою не є розладом
Психосоціальна підтримка (МЗПСП / MHPSS)	Комплекс послуг та підходів, що охоплює як психологічну (емоційну, когнітивну), так і соціальну (зв'язки, ресурси, ролі) підтримку людей у кризових ситуаціях
Резилієнс (resilience)	Динамічний процес адаптації та відновлення в умовах значного стресу чи несприятливих обставин. Він формується у взаємодії особистих, соціальних і середовищних ресурсів та може змінюватися протягом життя
Резильєнтність	Сукупність індивідуальних якостей і ресурсів, пов'язаних зі здатністю витримувати труднощі, адаптуватися та відновлюватися. Не є незмінною рисою і залежить також від стосунків, середовища та доступної підтримки
Самостигматизація щодо віку (self-ageism)	Засвоєння й застосування до себе негативних вікових стереотипів, наприклад переконання «я вже надто старий або стара для цього». Може звужувати активність, погіршувати самопочуття й перешкоджати зверненню по підтримку
Скринінг	Стандартизована первинна оцінка для виявлення людей, яким може бути потрібна поглиблена розмова, оцінка або підтримка. Скринінг не є діагностикою. Якщо українська версія інструмента не пройшла локальної валідації, це прямо зазначають, а пороги використовують лише орієнтовно і не застосовують для автоматичної маршрутизації

СКОРОЧЕННЯ	ПОВНА НАЗВА (УКРАЇНСЬКА)
Соціальне замовлення	Передбачений законодавством механізм, за допомогою якого орган влади або місцевого самоврядування залучає на конкурсній основі надавачів соціальних послуг для задоволення визначених потреб населення за рахунок бюджетних коштів
Соціальне призначення (social prescribing)	Модель, за якої медичний або інший фахівець скеровує людину до немедичних ресурсів громади, наприклад соціальних, культурних, фізичних чи волонтерських активностей, що можуть підтримати її здоров'я і благополуччя
Супервізія	Структурований професійний супровід, який проводить належно підготовлений супервізор для розвитку компетентності, підтримання якості практики та рефлексії складних випадків. Супервізію відрізняють від управлінського контролю, методичної консультації, інтервізії та підтримувальної зустрічі команди
Тривала прив'язаність (continuing bonds)	Концепція в теорії горя: збереження символічного зв'язку з людиною, якої більше немає, є нормальним і навіть адаптивним процесом. Протиставляється застарілій моделі «завершеного горя»

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Amnesty International. «У мене був дім»: люди похилого віку в Україні та їхній досвід війни, переміщення і доступу до житла. Індекс EUR 50/6250/2022. 2022. URL: https://www.amnesty.org/uk/wp-content/uploads/sites/12/2025/11/EUR5062502022UKRAINIAN.pdf

2. Gradus Research. Психічне здоров'я та ставлення українців до психологічної допомоги під час війни. Хвиля 3. 2024. URL: https://drive.google.com/file/d/1bROoqHpwTMnDVPR79V5wrm-r9u8tnCb5/view

3. Gradus Research. Що українці відчувають на четвертому році війни. 2025. URL: https://gradus.app/report/feelings-coping-4th-year-of-war/

4. HelpAge International. Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка людей похилого віку в умовах гуманітарних криз: посібник з належної практики. 2024. URL: https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2025/06/MHPSS-with-older-people-in-humanitarian-crises-Good-Practice-Guide-Ukrainian.pdf

5. HelpAge International. «Я втратив життя, яке знав»: досвід війни для людей старшого віку в Україні та їх залучення до гуманітарного реагування: стислий звіт. 2023. URL: https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2023/05/Lost-the-life-Summary-Ukrainian.pdf

6. Агропромхолдинг «Астарта–Київ». «Тиждень дорослого стажера»: «Астарта–Київ» та Державна служба зайнятості оголошують набір на стажування для людей 50+. 12 травня 2026. URL: https://astartaholding.com/tyzhden-doroslogo-stazhera-astarta-kyyiv-ta-derzhavna-sluzhba-zajnyatosti-ogoloshuye-nabir-na-stazhuvannya-dlya-lyudej-50/

7. Всесвітня організація охорони здоров'я. iSupport. Підтримка при деменції: навчально-допоміжний посібник для піклувальників людей із деменцією. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2022. WHO/EURO:2022-36311-36311-67759. URL: https://www.who.int/ukraine/uk/publications/i/item/9789241515863

8. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: посібник з проведення тренінгу / за заг. ред. Н. Гусак. Київ: НаУКМА, 2017. 174 с. ISBN 978-966-2410-96-9. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/80a7d22c-4733-488a-8b28-0594668b4c9a/content

9. Коваленко О., Лук'янова Л., Помиткін Е., Московець Л. Психологія людей літнього віку: навчальний посібник. Київ: ТОВ «Геопринт», 2021. 288 с. ISBN 978-617-674-056-8. URL: https://ipood.com.ua/data/project_NFDU/posibnyk_2021.pdf

10. Ковальчук І. В. Особливості соціального супроводу людей похилого віку в умовах війни. Молодий вчений. 2023. № 5 (117). С. 46–50. DOI: 10.32839/2304-5809/2023-5-117-9.

11. Координаційний центр з психічного здоров'я Кабінету Міністрів України. Цільова модель системи у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні 3.0. 2025. URL: https://drive.google.com/file/d/1JrP0dyRz8pJcD51tzd6z5Mb2HzdM528y/view

12. Купко Н. Особливості порушень психічного здоров'я, пов'язані зі старінням. НейроNEWS. 2024. № 1 (147). С. 6–8. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2024/1/pages-6-8/osoblivosti-porushen-psihichnogo-zdorov-ya-pov-yazani-zi-starinnyam

13. Лазос Г. П. Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. 2018. Т. 3, вип. 14. С. 26–64. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/716873/1/Lazos_APP_V3N14_2018.pdf

14. Ліга соціальних працівників України; ПРООН. Практичне керівництво для ефективної організації та реалізації заходів із неформальної освіти та активного довголіття. 2023. URL: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-11/guide_on_effective_organization_and_implementation_of_non_formal.pdf

15. Мозгова С. Як культура активного довголіття формує стійкий розвиток людського потенціалу: виступ на Європейській Бізнес Асоціації. Астарта-Київ. Лютий 2026. URL: https://astartaholding.com/yak-kultura-aktyvnogo-dovgolittya-formuye-stijkyj-rozvytok-lyudskogo-potenczialu/

16. Міжвідомчий постійний комітет. Інформаційна записка щодо інвалідності та інклюзії у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. 2022. URL: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/2024-09/IASC %20Information %20Note %20on %20Disability %20and %20Inclusion %20in %20MHPSS %20 %28Ukrainian %29.pdf

17. Міністерство охорони здоров'я України. Суїцидальна поведінка: як її помітити та допомогти близьким. URL: https://moz.gov.ua/uk/%E2%80%98suicidalna-povedinka-jak-ii-pomititi-ta-dopomogti-blizkim?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2026)

18. Міністерство соціальної політики України. Вік – це досвід, а не бар'єр: в Україні презентували перше дослідження про потенціал та виклики віку. 25 червня 2025. URL:https://www.msp.gov.ua/press-center/news/vik-tse-dosvid-a-ne-bar%27yer%3A-v-ukrayini-prezentuvaly-pershe-doslidzhennya-pro-potentsial-ta-vyklyky-viku?utm_source=chatgpt.com

19. Пенсійний фонд України. Інформація щодо чисельності пенсіонерів за видами та розмірами призначених пенсій станом на 1 січня 2026 року. 22 січня 2026. URL: https://www.pfu.gov.ua/2176897-informatsiya-shhodo-chyselnosti-pensioneriv-za-vydamy-ta-rozmiramy-pryznachenyh-pensij-stanom-na-1-sichnya-2026-roku/

20. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я людей похилого віку: проблеми діагностики і терапії. НейроNEWS. 2013. Спецвипуск № 2-1. URL: https://neuronews.com.ua/ua/archive/2013/2-1/article-779/psihichne-zdorov-ya-lyudey-pohilogo-viku-problemi-diagnostiki-i-terapiyi

21. Aleksina N., Gerasimenko O., Lavrynenko D., Savchenko O. Ukrainian Adaptation of the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7): Diagnostic Experience in the State of Martial Law. Insight: The Psychological Dimensions of Society. 2024. No. 11. P. 77–103. DOI: 10.32999/2663-970X/2024-11-5.

22. Assaulted Women's Helpline. Seniors Safety Line: 24/7 Support for Older Adults in Ontario. URL: https://seniorssafetyline.ca/ (дата звернення: 17.07.2026).

23. Baltes P. B., Baltes M. M. Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. Successful Aging / eds. P. B. Baltes, M. M. Baltes. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. P. 1–34. DOI: 10.1017/CBO9780511665684.003.

24. Bambra C. Work, Worklessness and the Political Economy of Health Inequalities. Journal of Epidemiology and Community Health. 2011. Vol. 65, No. 9. P. 746–750. DOI: 10.1136/jech.2009.102103.

25. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bundesprogramm Mehrgenerationenhaus. URL: https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/

26. Canadian Red Cross. Senior Support Services. URL: https://www.redcross.ca/in-your-community/ontario/senior-support-services

27. Carstensen L. L. The Influence of a Sense of Time on Human Development. Science. 2006. Vol. 312, No. 5782. P. 1913–1915. DOI: 10.1126/science.1127488.

28. City of Helsinki. Senior Services Guide 2025–2026. Helsinki, 2025. URL: https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/ikaantyneiden_palveluopas_en.pdf

29. Cruz L. The Best Community Programs Improving Senior Well-being in Canada. Quality Homemakers. 20 January 2025. URL: https://www.qualityhomemakers.ca/blog/the-best-community-programs-improving-senior-well-being-in-canada

30. Elshaikh U., Sheik R., Saeed R. K. M., Chivese T., Hassan D. A. Barriers and Facilitators of Older Adults for Professional Mental Health Help-seeking: A Systematic Review. BMC Geriatrics. 2023. Vol. 23. Article 516. DOI: 10.1186/s12877-023-04229-x.

31. Employment and Social Development Canada. The Old Age Security Program Toolkit: Your Complete Guide to Canada's Old Age Security Program. Updated 7 November 2025. URL: https://www.canada.ca/en/employment-social-development/programs/old-age-security/reports/oas-toolkit.html

32. Eurostat. Employment – Annual Statistics. Statistics Explained. Data from April 2026. ISSN 2443-8219. URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_-_annual_statistics

33. Fiske A., Wetherell J. L., Gatz M. Depression in Older Adults. Annual Review of Clinical Psychology. 2009. Vol. 5. P. 363–389. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621.

34. Government of Alberta, Ministry of Seniors, Community and Social Services. Seniors Programs and Services: Information Guide. Edmonton: Government of Alberta, January 2024. URL: https://open.alberta.ca/dataset/266d93c8-8a72-4161-9f7d-750eef4c9b56/resource/b2391736-7adc-4dd8-b0db-b6baea62a824/download/scss-seniors-programs-and-services-information-guide-2024-01.pdf

35. Government of Ontario, Ministry for Seniors and Accessibility. Guide to Programs and Services for Seniors in Ontario. Fall 2024. Toronto: Government of Ontario, 2024. URL: https://www.ontario.ca/files/2024-11/msaa-guide-to-programs-services-for-seniors-fall-en-2024-11-27.pdf

36. HelpAge International. Every Year It Gets Harder to Hold On: Ukraine Report 2025. 2025. URL: https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2025/07/Every-year-it-gets-harder-to-hold-on_Ukraine-report-2025.pdf

37. HelpAge International. The World's Oldest Humanitarian Crisis: Millions of Older Ukrainians Continue to Suffer after Three Years of War. 21 July 2025. URL: https://www.helpage.org/news/millions-of-older-ukrainians-continue-to-suffer-after-three-years-of-war/

38. HM Government. A Connected Society: A Strategy for Tackling Loneliness. London, 2018. URL: https://www.gov.uk/government/publications/a-connected-society-a-strategy-for-tackling-loneliness

39. Holt-Lunstad J., Smith T. B., Baker M., Harris T., Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-analytic Review. Perspectives on Psychological Science. 2015. Vol. 10, No. 2. P. 227–237. DOI: 10.1177/1745691614568352.

40. Hughes M. E., Waite L. J., Hawkley L. C., Cacioppo J. T. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys. Research on Aging. 2004. Vol. 26, No. 6. P. 655–672. DOI: 10.1177/0164027504268574.

41. Iacoviello B. M., Charney D. S. Psychosocial Facets of Resilience: Implications for Preventing Posttrauma Psychopathology, Treating Trauma Survivors, and Enhancing Community Resilience. European Journal of Psychotraumatology. 2014. Vol. 5. DOI: 10.3402/ejpt.v5.23970.

42. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Living with the Times: A Mental Health and Psychosocial Support Toolkit for Older Adults during the COVID-19 Pandemic. 2020. URL: https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2021-03/Living %20with %20the %20Times %2C %20A %20Mental %20Health %20and %20Psychosocial %20Support %20Toolkit %20for %20Older %20Adults %20During %20the %20COVID-19 %20Pandemic.pdf

43. International Organization for Migration Ukraine. Mental Health and Psychosocial Support Activities Overview: July–December 2023. Kyiv: IOM Ukraine, 2024. URL: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1861/files/documents/2024-03/iom-ukraine-mhpss-activities-overview-july-december-2023_1.pdf

44. JDC Israel. Witness Theater for Holocaust Survivors. 2021. URL: https://www.thejoint.org.il/en/wp-content/uploads/sites/2/2021/03/Witness-Theater-for-Holocaust-Survivors.pdf (дата звернення: 17.07.2026).

45. Jeste D. V., Lee E. E. The Emerging Empirical Science of Wisdom. Harvard Review of Psychiatry. 2019. Vol. 27, No. 3. P. 127–140. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000205.

46. Jeste D. V., Lee E. E., Cacioppo S. Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness: Suggestions for Research and Interventions. JAMA Psychiatry. 2020. Vol. 77, No. 6. P. 553–554. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0027

47. Leonard S. Supporting Community Health: Seniors Helping Seniors. Canadian Red Cross. 29 July 2020. URL: https://www.redcross.ca/in-your-community/ontario/news-and-stories/supporting-community-health-seniors-helping-seniors

48. Levy B. R., Slade M. D., Kunkel S. R., Kasl S. V. Longevity Increased by Positive Self-perceptions of Aging. Journal of Personality and Social Psychology. 2002. Vol. 83, No. 2. P. 261–270. DOI: 10.1037/0022-3514.83.2.261.

49. Litvinova Y. et al. Health Systems in Action: Bosnia and Herzegovina. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, 2025. URL: https://iris.who.int/bitstreams/c01284d3-773d-447f-abef-84284f25c0c4/download

50. Livingston G. et al. Dementia Prevention, Intervention, and Care: 2024 Report of the Lancet Standing Commission. The Lancet. 2024. Vol. 404, No. 10452. P. 572–628. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

51. MacCourt P. Promoting Seniors' Well-being: A Seniors' Mental Health Policy Lens Toolkit. Mental Health Commission of Canada, 2008. URL: https://mentalhealthcommission.ca/resource/seniors-mental-health-policy-lens-toolkit/

52. Masi C. M., Chen H. Y., Hawkley L. C., Cacioppo J. T. A Meta-analysis of Interventions to Reduce Loneliness. Personality and Social Psychology Review. 2011. Vol. 15, No. 3. P. 219–266. DOI: 10.1177/1088868310377394.

53. Medicaid.gov. Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). URL: https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/program-all-inclusive-care-elderly

54. Mental Health Commission of Canada. Guidelines for Comprehensive Mental Health Services for Older Adults in Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2011. URL: https://mentalhealthcommission.ca/resource/guidelines-for-comprehensive-mental-health-services-for-older-adults-in-canada/

55. Mental Health Commission of Canada. Transforming Health-care, Social Care and Community Landscapes to Optimize the Mental Health of Older Adults in Canada. 2025. URL: https://mentalhealthcommission.ca/resource/transforming-health-care-social-care-and-community-landscapes/

56. MoCA Cognition. Terms of Use and Permissions. URL: https://mocacognition.com/terms-of-use/

57. Morrow-Howell N., Hinterlong J., Rozario P. A., Tang F. Effects of Volunteering on the Well-being of Older Adults. The Journals of Gerontology: Series B. 2003. Vol. 58, No. 3. P. S137–S145. DOI: 10.1093/geronb/58.3.S137.

58. NATAL Global. Resilience Helpline: Capacity Building for Community Resilience. URL: https://natalglobal.org/capacity-building/resilience-helpline/ (дата звернення: 17.07.2026).

59. NATAL – Israel Trauma and Resiliency Center. Annual Report 2022. Tel Aviv, 2022. URL: https://www.natal.org.il/wp-content/uploads/2024/12/Annual-Report-2022.pdf

60. NHS England and NHS Improvement. Social Prescribing and Community-Based Support: Summary Guide. London, 2020. URL: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf (дата звернення: 17.07.2026).

61. NHS England. Social Prescribing. URL: https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/ (дата звернення: 17.07.2026).

62. O'Connell H., Chin A.-V., Cunningham C., Lawlor B. A. Recent Developments: Suicide in Older People. BMJ. 2004. Vol. 329, No. 7471. P. 895–899. DOI: 10.1136/bmj.329.7471.895. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC523116/

63. PAR, Inc. Mini-Mental State Examination (MMSE). URL: https://www.parinc.com/products/MMSE (дата звернення: 13.07.2026).

64. Pfizer. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners: GAD-7. No Permission Required to Reproduce, Translate, Display or Distribute. URL: https://www.phqscreeners.com/ (дата звернення: 17.07.2026).

65. Pinchuk I., Leventhal B. L. et al. The Lancet Psychiatry Commission on Mental Health in Ukraine. The Lancet Psychiatry. 2024. Vol. 11, No. 11. P. 910–933. DOI: 10.1016/S2215-0366(24)00241-4

66. Polihronis C., Cloutier P., Kaur J., Skinner R., Cappelli M. What's the Harm in Asking? A Systematic Review and Meta-analysis on the Risks of Asking about Suicide-related Behaviors and Self-harm with Quality Appraisal. Archives of Suicide Research. 2022. Vol. 26, No. 2. P. 325–347. DOI: 10.1080/13811118.2020.1793857.

67. Reynolds C. F. et al. Mental Health Care for Older Adults: Recent Advances and New Directions in Clinical Practice and Research. World Psychiatry. 2022. Vol. 21, No. 3. P. 336–363. DOI: 10.1002/wps.20996

68. Russell D., Peplau L. A., Cutrona C. E. The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence. Journal of Personality and Social Psychology. 1980. Vol. 39, No. 3. P. 472–480. DOI: 10.1037/0022-3514.39.3.472.

69. Salari N., Najafi H., Rasoulpoor S., Canbary Z., Heidarian P., Mohammadi M. The Global Prevalence and Associated Factors of Loneliness in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. Humanities and Social Sciences Communications. 2025. Vol. 12. Article 985. DOI: 10.1057/s41599-025-05304-x.

70. Schaie K. W., Willis S. L. The Seattle Longitudinal Study of Adult Cognitive Development. ISSBD Bulletin. 2010. Vol. 57, No. 1. P. 24–29. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3607395/

71. Schuch F. B., Vancampfort D., Firth J. et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. American Journal of Psychiatry. 2018. Vol. 175, No. 7. P. 631–648. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17111194.

72. Schwartz E., Shrira A. Social Connectedness Moderates the Relationship between Warfare Exposure, PTSD Symptoms, and Health among Older Adults. Psychiatry. 2019. Vol. 82, No. 2. P. 158–172. DOI: 10.1080/00332747.2018.1534521.

73. Seleznova V., Pinchuk I., Feldman I., Virchenko V., Wang B., Skokauskas N. The Battle for Mental Well-being in Ukraine: Mental Health Crisis and Economic Aspects of Mental Health Services in Wartime. International Journal of Mental Health Systems. 2023. Vol. 17. Article 28. DOI: 10.1186/s13033-023-00598-3.

74. Seligman M. E. P. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-being. New York: Free Press, 2011. 368 p. ISBN 978-1-4391-9075-3. URL: https://books.google.com/books?id=YVAQVa0dAE8C

75. Senior Alert. English Information: Preventative Approaches and Quality Register. URL: https://www.senioralert.se/english/

76. Shear M. K. Complicated Grief. New England Journal of Medicine. 2015. Vol. 372, No. 2. P. 153–160. DOI: 10.1056/NEJMcp1315618.

77. Sheikh J. I., Yesavage J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent Evidence and Development of a Shorter Version. Clinical Gerontologist. 1986. Vol. 5, No. 1–2. P. 165–173. DOI: 10.1300/J018v05n01_09.

78. Siette J., Cassidy M., Priebe S. Effectiveness of Befriending Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. BMJ Open. 2017. Vol. 7. Article e014304. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014304.

79. Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B. W., Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Archives of Internal Medicine. 2006. Vol. 166, No. 10. P. 1092–1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

80. Stanford University. Geriatric Depression Scale: Original Forms, Translations and Public Domain Status. URL: https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html (дата звернення: 17.07.2026).

81. Stroebe M., Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade On. OMEGA – Journal of Death and Dying. 2010. Vol. 61, No. 4. P. 273–289. DOI: 10.2190/OM.61.4.b.

82. Stroebe M., Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. Death Studies. 1999. Vol. 23, No. 3. P. 197–224. DOI: 10.1080/074811899201046.

83. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Coping with Bereavement and Grief. 2024.

84. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Psychosocial Interventions for Older Adults with Serious Mental Illness. Rockville, MD: SAMHSA, 2021.

85. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAFE-T Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage. Rockville, MD: SAMHSA, 2024. (дата звернення: 15.07.2026).

86. Tomioka K., Kurumatani N., Hosoi H. Relationship of Having Hobbies and a Purpose in Life with Mortality, Activities of Daily Living, and Instrumental Activities of Daily Living among Community-dwelling Elderly Adults. Journal of Epidemiology. 2016. Vol. 26, No. 7. P. 361–370. DOI: 10.2188/jea.JE20150153.

87. Tornstam L. Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging. New York: Springer Publishing Company, 2005. 224 p. ISBN 978-0-8261-3134-8. URL: https://www.springerpub.com/gerotranscendence-9780826131348.html

88. UK Government. Evaluation of Interventions to Tackle Loneliness. 2023. URL: https://www.gov.uk/government/publications/exploring-interventions-to-tackle-loneliness/evaluation-of-interventions-to-tackle-loneliness

89. United Nations. United Nations Principles for Older Persons. Resolution 46/91. 1991. URL: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons

90. University of Gothenburg Centre for Person-Centred Care (GPCC). Person-Centred Care. URL: https://www.gu.se/en/gpcc/about-person-centred-care?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 17.07.2026).

91. University of Washington Health Promotion Research Center. PEARLS: Program to Encourage Active, Rewarding Lives. URL: https://depts.washington.edu/hprc/evidence-based-programs/pearls/ (дата звернення: 17.07.2026).

92. Veterans Affairs Canada. Talk to a Mental Health Professional. Updated 13 December 2024. URL: https://www.veterans.gc.ca/en/mental-and-physical-health/mental-health-and-wellness/counselling-services/talk-mental-health-professional

93. Wallensten J., Ljunggren G., Nager A., Wachtler C., Bogdanovic N., Petrovic P., Carlsson A. C. Stress, Depression, and Risk of Dementia: A Cohort Study in the Total Population between 18 and 65 Years Old in Region Stockholm. Alzheimer's Research & Therapy. 2023. Vol. 15. Article 161. DOI: 10.1186/s13195-023-01308-4.

94. Wallin D. J. Attachment in Psychotherapy. New York: Guilford Press, 2007. 366 p. ISBN 978-1-59385-456-0. URL: https://books.google.com/books?id=WPqznhWZsplC

95. Wang S., Barrett E., Hicks M. H.-R. et al. Associations between Mental Health Symptoms, Trauma, Quality of Life and Coping in Adults Living in Ukraine: A Cross-sectional Study a Year after the 2022 Russian Invasion. Psychiatry Research. 2024. Vol. 339. Article 116056. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.116056.

96. Woods B., Aguirre E., Spector A. E., Orrell M. Cognitive Stimulation to Improve Cognitive Functioning in People with Dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012. No. 2. CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

97. World Health Organization Commission on Social Connection. From Loneliness to Social Connection: Charting a Path to Healthier Societies. Geneva: WHO, 2025. URL: https://iris.who.int/items/39134dc6-4753-4900-b942-b7e0e16f5758?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 14.07.2026).

98. World Health Organization Regional Office for Europe. Reaching Patients with Severe Mental Health Disorders: WHO Hands over 12 Vehicles for Community Health Providers in Ukraine. 12 March 2024. URL: https://www.who.int/europe/news/item/12-03-2024-reaching-patients-with-severe-mental-health-disorders--who-hands-over-12-vehicles-for-community-health-providers-in-ukraine (дата звернення: 13.07.2026).

99. World Health Organization. Global Report on Ageism. Geneva: WHO, 2021. URL: https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism (дата звернення: 13.07.2026).

100. World Health Organization. Mental Health of Older Adults: Fact Sheet. 2025. URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults (дата звернення: 13.07.2026).

101. Yesavage J. A., Brink T. L., Rose T. L. et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. Journal of Psychiatric Research. 1982–1983. Vol. 17, No. 1. P. 37–49. DOI: 10.1016/0022-3956(82)90033-4

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ ІНСТРУМЕНТІВ

Наведено готові до використання інструменти, алгоритми, чеклісти і шаблони, розміщені в посібнику.

ІНСТРУМЕНТ	ДЕ ЗНАЙТИ	ДЛЯ КОГО
GDS-15 – геріатрична шкала депресії	Додаток А	Підготовлені психологи, соціальні та медичні працівники
TILS – трипунктова шкала самотності	Додаток Б	Підготовлені працівники програм, психологи, соціальні та медичні працівники
Гарячі лінії та ключові ресурси	Додаток В	Усі фахівці та учасники
Шаблон щомісячного звіту	Додаток Г	Координатори програм
Карта партнерів – шаблон	Додаток Д	Координатори програм
Логічна рамка LFA – зразок	Додаток Е	Менеджери проєктів, фандрейзери
Кейс Чернігівської області	Додаток Ж	Управлінці, координатори, донори
Кейс «Астарта» (корпоративна програма)	Додаток З	Управлінці, HR, бізнес-партнери
Протокол групового заняття «Самотність»	Додаток І	Фасилітатори груп, психологи
Анкета відбору волонтера-ровесника	Підрозділ 5.3	Координатори, психологи

ІНСТРУМЕНТ	ДЕ ЗНАЙТИ	ДЛЯ КОГО
Навчальний план волонтерів (16 год)	Підрозділ 5.4	Психологи, тренери
Чекліст підготовки заходу для 60+	Підрозділ 5.8	Координатори заходів
Чекліст картування роботодавців	Підрозділ 5.9	Координатори партнерств
Протокол першого домашнього візиту	Підрозділ 6.2	Соціальні працівники
Структура першої сесії (~50 хв)	Підрозділ 6.3	Психологи
Алгоритм стабілізації в гострому дистресі	Підрозділ 6.4	Психологи, соціальні працівники
Алгоритм оцінки суїцидального ризику	Підрозділ 6.8	Психологи, соціальні працівники
Протокол кризової інтервенції ABC	Підрозділ 6.9	Психологи
Протокол 8 групових зустрічей	Підрозділ 6.10	Групові фасилітатори, психологи
Чекліст самодопомоги фахівця	Підрозділ 6.12	Усі фахівці програми
Зведена таблиця скринінгових інструментів	Підрозділ 7.2	Усі практичні фахівці
Швидкий довідник: коли який інструмент	Підрозділ 7.7	Психологи, соціальні працівники
Алгоритм маршрутизації	Підрозділ 7.8	Психологи, координатори

ТИ ЯК?

Всеукраїнська програма ментального здоров'я

Дізнатися більше на howareu.com