

Розділ другий
Особливості розвитку бізнесу, екологічна складова розвитку та
вплив міграційних процесів

DOI: 10.61718/mon202508.03
УДК 330.59:364:159.942.5-053.8(477):(4)

Малімон Віталій Іванович
Кандидат наук з державного управління, доцент
Івано-Франківський національний технічний університет нафти і газу

2.1. Економіка самотності: індивідуальні та суспільні витрати ізолюваності дорослого населення
України у порівняльній перспективі ЄС

У розділі наукової монографії автор пропонує системний погляд на економіку самотності як міждисциплінарну рамку для кількісного обліку індивідуальних та суспільних витрат ізолюваності і для порівняння політик за критерієм «вартість/користь». Актуальність зумовлена двома взаємопов'язаними тенденціями. По-перше, у більшості європейських країн після 2020 року зросла поширеність самотності, що вже транслюється у додаткові навантаження на первинну медичну ланку, психічне здоров'я та соціальний захист. По-друге, в Україні до універсальних чинників додаються воєнно-специфічні: масове переміщення, руйнування або недоступність «третьох місць» (бібліотек, культурних центрів, клубів), нестабільність енергетичної/цифрової інфраструктури, регламентована та переривчаста комунікація в сім'ях військових. У сукупності це формує як прямі витрати (медичні, соціальні, транспортні), так і опосередковані втрати продуктивності, що на макрорівні проявляються у вузчій податковій базі та тиску на потенційне зростання. Мета дослідження – концептуалізувати «економіку самотності» та емпірично окреслити канали витрат/вигод у трирівневій схемі (мікро – мезо – макрорівні) з фокусом на порівнянні «Україна ↔ ЄС», а також запропонувати систему підходів, придатну до впровадження в умовах мобільності, енергетичної нестабільності та безпекових обмежень. Методологічно використано синтез результатів порівняльних опитувань і політик (ЄС) та українських контекстів, рамки COI/CEA/CUA для економічної оцінки, а також операціоналізацію самотності через короткі стандартизовані шкали, комбіновані з адміністративними показниками (направлення, відвідуваність, absenteeism/presenteeism, плинність кадрів). Додатково застосовано «канальну» класифікацію фіскальних витрат (охорона здоров'я, психічне здоров'я/первинка, соціальний захист/догляд, екстрені служби, втрачені податкові надходження), яка мінімізує ризик подвійного рахунку. Отримані результати вказують на стабільний профіль ризику (молодь і літні; одинаки; люди з низькими доходами; неформальні доглядачі), але український контекст зміщує імовірність і тривалість епізодів через розриви мереж та логістичні бар'єри. На мікрорівні самотність взаємодіє з когнітивними викривленнями і породжує адитивні витрати: прямі медичні/немедичні, непрямі (absenteeism/presenteeism, помилки якості), інтегральні (зниження якості життя і людського капіталу). На мезорівні роботодавці та громади виступають головними «місцями зменшення тертя»: наставництво, короткі командні ритуали, «канальна гігієна», програми підтримки, з одного боку, та «третьох місця» – з іншого. На макрорівні сумарний ефект проявляється у додаткових бюджетних видатках і у втратах зростання через зниження ефективної праці та сукупної факторної продуктивності (через ослаблені мережі довіри й координації). Доведено, що самотність як економічний феномен – керований системний ризик. Комбінуючи європейські напрацювання зі специфікою воєнних умов України, можна зменшити фіскальні витрати, стабілізувати продуктивність і відновити мережі довіри – тобто створити фундамент для стійкого відновлення і зростання. Ключові слова: економіка самотності, самотність, соціальна ізоляція, суспільні витрати, Україна, ЄС.

Вступ. Самотність дорослого населення – це не лише приватний емоційний досвід, а й економічний фактор, який акумулює витрати на рівні особи, організації та держави. У воєнних умовах України ізолюваність чинить мультиплікативний вплив: через погіршення психічного і соматичного здоров'я зростає попит на медичні послуги; через зниження когнітивних та соціальних функцій падає продуктивність праці; через ослаблення участі у спільнотних практиках зменшується соціальний капітал громад. У сумі це трансформується у прямі й непрямі втрати, що відображаються у бюджетах домогосподарств, бізнесу та публічних фінансах.

Саме тому «економіка самотності» – це релевантна й нагальна оптика аналізу, яка переводить гуманітарну проблему у мову управлінських рішень.

Актуальність дослідження для України зумовлена поєднанням щонайменше п'яти системних чинників. По-перше, триваюча війна розриває звичні мережі підтримки: переміщення, втрата житла і роботи, опіка над дітьми та літніми, нерегулярний або обмежений зв'язок із близькими (у т.ч. через вимоги OPSEC) створюють стійкий фон соціальної ізоляції. По-друге, демографічна структура посилює уразливість: у містах зростає частка одинаків і людей пізнього дорослого віку, а також молоді з нестабільною зайнятістю; ці групи мають вищу ймовірність відчувати дефіцит належності. По-третє, інфраструктурні збої (транспорт, енергетика, цифровий доступ) ускладнюють «звичайні маршрути» соціальної взаємодії – від візиту до бібліотеки чи клубу до участі у волонтерських ініціативах. По-четверте, на ринку праці поширюються режими роботи, що опосередковано підсилюють відчуття відокремленості (неповна зайнятість, зміни, дистанційні формати без належної командної інтеграції). По-п'яте, локальні бюджети одночасно несуть тягар соціальної підтримки та відбудови, тож вимушені шукати втручання з найкращим співвідношенням «ефект/вартість».

З позиції економічного аналізу самотність слід розглядати як «тіньовий податок» на людський капітал. На мікрорівні вона проявляється у втратах добробуту, частішому зверненні по медичну допомогу, відсутності на робочому місці та «непродуктивній присутності», гіршій якості прийняття рішень і командної взаємодії. На мезорівні – у вищій плинності кадрів, більшій імовірності помилок та інцидентів безпеки, зниженні інноваційної активності команд. На макрорівні – у зростанні бюджетних видатків (медицина, соціальна допомога), скороченні податкової бази та уповільненні місцевого економічного розвитку через ослаблення довіри, участі й обміну ресурсами в громадах.

Порівняльна перспектива з ЄС підсилює важливість теми з трьох причин. По-перше, європейські уряди вже формують політики, що безпосередньо адресують самотність (соціальне призначення на первинній ланці, розвиток «місць зустрічей», роботодавчі стандарти психосоціальної безпеки). Для України це – джерело апробованих інструментів, які можна адаптувати до воєнного контексту. По-друге, конвергенція з європейськими підходами дозволяє порівнювати «вартість самотності» і ефективність інтервенцій у зіставних метриках (COI, CEA/CUA, QALY), що критично для планування відновлення і кластерів соціальних інвестицій. По-третє, узгодження з європейськими рамками полегшує доступ до фінансування (програми суспільного здоров'я, соціальної інклюзії, регіональної політики) і сприяє інституційному навчанню.

Важливою підставою для цього дослідження є й методологічний вакуум. В Україні наявні гуманітарні та медичні оцінки наслідків ізолюваності, однак бракує цілісної економічної рамки, яка б пов'язувала суб'єктивний досвід самотності з конкретними бюджетними та ринковими ефектами. Немає усталеної практики оцінювати втрати продуктивності у різних секторах, поєднувати прямі медичні витрати з непрямими (absenteeism/presenteeism), враховувати довгі «хвости» наслідків у якості життя. Це ускладнює пріоритизацію заходів на національному і місцевому рівнях та знижує ефективність використання обмежених ресурсів.

Отже, наукова і практична важливість теми полягає у здатності перетворити «невидимі» соціально-психологічні втрати на вимірювані економічні показники та, спираючись на порівняльний досвід ЄС, запропонувати портфель політик із найкращим співвідношенням витрат і вигод. У межах цього розділу самотність і соціальна ізоляція інтерпретуються як взаємопов'язані, але не тотожні феномени: перша – суб'єктивний розрив між бажаною і реальною якістю зв'язків, друга – об'єктивний дефіцит контактів і ролей. Такий поділ потрібен, аби коректно моделювати канали впливу на здоров'я і продуктивність, а відтак – на витрати.

Основна частина. Сучасні наукові огляди трактують самотність як мультифакторний феномен, що виникає на перетині когнітивно-афективних процесів (очікування, атрибуції, «соціальні» упередження уваги) та структурних умов (мережевий дефіцит, інфраструктурні бар'єри, економічний стрес). Ці процеси запускають «ланцюг наслідків»: дисрегуляцію стрес-систем, порушення сну, підвищену тривожність і депресивні симптоми, коморбідність із серцево-судинними й метаболічними ризиками. Сукупний ефект – підвищена смертність та захворюваність, що стабільно фіксується епідеміологічними оглядами і метааналізами, а також дослідженнями про продуктивність і економічні наслідки [20; 21; 45]. У цій рамці самотність виступає не лише «симптомом», а провідним предиктором витрат на рівні особи, організації й системи охорони здоров'я.

Економіка самотності – це рамка економіки добробуту, що кількісно оцінює і монетизує вплив самотності та соціальної ізоляції на здоров'я, продуктивність і суспільні бюджети, щоб порівнювати альтернативні політики на основі CBA/CEA/CUA відповідно до усталених керівництв (Oxford, Green Book) [3; 8; 17; 19; 30].

Економіка самотності описує, як хронічна самотність через психологічні й поведінкові механізми підвищує використання медичних/соціальних послуг та знижує індивідуальну продуктивність; ці ефекти агрегуються у прямі, непрямі та інтегральні витрати у моделях COI [4; 9; 20; 21; 26; 45].

На рівні держави економіка самотності – це карта фіскальних каналів (медицина/психічне здоров'я, соцзахист, невідкладна допомога) плюс втрачені податкові надходження через нижчу участь у праці та продуктивність, що поєднується з політиками добробуту/здоров'я (ЄС, ОЕСР, ВООЗ) [11; 13; 14; 33; 51].

Зв'язки самотності з психічними та соматичними наслідками (депресивність, ССЗ, інсульт, надсмертність) конвертуються у медичні та соціальні витрати (прямі/непрямі) [6; 9; 18; 20; 21; 26; 39; 45].

Порівняльні джерела вказують на помітне зростання поширеності самотності після 2020 року з максимальною амплітудою в періоди локдаунів/обмежень мобільності та подальшою частковою нормалізацією, але без повернення до «допандемічної» бази. Найуразливішими стабільно залишаються: молодь (через руйнування «слабких» зв'язків навчання/першої роботи), домогосподарства, що проживають наодинці (особливо в урбанізованих регіонах), малозабезпечені (через сукупність житлових/транспортних/цифрових бар'єрів).

Це відображено у великих хвилях європейських вимірів і підтверджується даними на рівні окремих держав [12; 15; 34]. Важливий нюанс – гетерогенність між країнами: соціальні режими із розвиненою інфраструктурою «місць зустрічей» та сильнішою первинкою мають нижчу «плато-поширеність» уразливості.

Наукова література акцентує увагу на відмінності між самотністю (суб'єктивним дефіцитом зв'язку) та соціальною ізоляцією (об'єктивним дефіцитом контактів/ролей). Інструменти на кшталт коротких версій UCLA-LS дають порівнюваність у часі/просторі, але потребують калібрування на культурні контексти. Окремо підкреслюється ризик зворотної причинності (напр., депресивні симптоми підсилюють відчуття самотності, а не лише навпаки) і селекції (у вибірці перепредставлені цифрово включені респонденти). Через це огляди радять поєднувати суб'єктивні шкали з проксі-індикаторами участі (волонтерство, членство, відвідування «третіх місць») і з даними первинки/госпіталізацій [20; 21; 45].

На всі глобальні тренди в Україні накладаються специфічні фактори, пов'язані з російсько-українською війною: масові переміщення населення, розрив повсякденних мереж (сусіди, колеги, товариства), пошкодження «місць зустрічей» та транспортної/цифрової інфраструктури, регламентована або нестабільна комунікація у сім'ях військовослужбовців (OPSEC/радіомовчання), підвищене навантаження догляду у домогосподарствах, житлова нестабільність. Сукупно це робить профіль ризику вищим для: переміщених осіб; одиноких домогосподарств у містах; молоді з перерваними освітньо-трудовими траєкторіями; літніх людей у громадах із дефіцитом сервісів.

Мікроекономічні витрати самотності

1) Когнітивно-поведінкові механізми → фінансовий слід домогосподарства.

Самотність підвищує базову тривожність і запускає когнітивні викривлення (селективна увага до загроз, занижена самооцінка). Це зміщує вибір у бік уникання соціальних ситуацій, збільшує часові та транзакційні витрати на взаємодію (переписування повідомлень, відкладання дзвінків), підсилює імпульсивні купівельні рішення як емоційний «самоменеджмент». Наслідок – додаткові прямі витрати (самолікування, платні консультації, транспорт до закладів охорони здоров'я), непрямі (втрата доходу через відсутності, «непродуктивну присутність») та довші прояви коморбідності, що у майбутньому збільшують медичні витрати [1; 2].

2) Виробнича функція здоров'я особи.

У спрощеному вигляді здоров'я – результат інвестицій часу і коштів у профілактику/лікування та поведінкових ризиків. Самотність підвищує «знос» (гірший сон, стрес) і зменшує інвестиції в здоров'я (фізична активність, профілактичні відвідування), збільшуючи попит на дороге лікування в пізніших фазах. Це переносить витрати в часі: економія «тут-і-тепер» (уникання контакту з лікарем) множить видатки «потім» (госпіталізації, складні схеми терапії) [1; 2].

3) Ринок праці: втрати продуктивності.

На рівні індивіда прояви – absenteeism (вимушені/психоемоційні відсутності) і presenteeism (присутність із падінням ефективності). Додаються помилки якості, «залипання» на дрібних завданнях, уникання командних взаємодій. Мікровитрати акумулюються: втрачені години, зниження темпу навчання на робочому місці, вища плинність у групах ризику. Вартісний наслідок — падіння індивідуальної продуктивності та ризики інцидентів безпеки в критичних секторах [16; 45].

4) Фінанси домогосподарства і час: «подвійний дефіцит».

Самотність змінює структуру витрат: більше непланових придбань «для настрою», оплата доставок/сервісів, зростання витрат на комунікацію за нестабільного зв'язку. Паралельно зменшується час

високої концентрації, погіршується самоменеджмент (прокрастинація), що веде до штрафів/пеней (прострочені платежі), втрати знижок за ранню оплату. У домогосподарствах з доглядом (діти/літні) самотність основного доглядача збільшує ризик вигорання, отже – додаткові медичні та організаційні витрати.

5) Людський капітал і навчання дорослих.

Погіршення виконавчих функцій (увага, робоча пам'ять) знижує віддачу від навчання, підвищує відсів із курсів перекваліфікації, зменшує мотивацію до складних завдань. Це безпосередньо зменшує інвестиції в людський капітал і майбутню заробітність – прихована довгострокова вартість самотності.

6) Копінг-поведінки з високими витратами.

Імовірність алкогольного/нікотинового чи «екранного» копінгу зростає: короткий емоційний виграш → тривалі витрати (медичні, соціальні, втрати продуктивності). Накопичуються опортуністичні витрати (втрачені можливості участі в мережах, що дають роботу/підтримку).

7) Цифровий розрив і «вартість доступу».

Самотні люди з низькими доходами мають гірший цифровий доступ: дорожчий трафік, слабший пристрій, нестабільний інтернет. Це підвищує вартість кожної транзакції участі (запис до лікаря, аплікації на роботу, соціальні послуги), консервуючи коло ізоляції.

8) Гетерогенність ризику і маржинальний ефект інтервенцій.

Порівняльні дані фіксують кластери ризику: молодь, одинаки, малозабезпечені; у воєнному контексті – переміщені особи та доглядачі. Для них навіть низьковартісні втручання (групи підтримки, маршрути «соціального призначення», ваучери на транспорт/зв'язок) мають високий маржинальний ефект у зменшенні звернень по «дорогу» допомогу [6; 7; 30].

9) Первинна ланка та «соціальне призначення».

Інтеграція соціальних програм у первинку зменшує «медичне використання» там, де проблема – соціальна (самотність, нестача участі): частину попиту перенаправляють у менш вартісні спільнотні сервіси. Це знижує ймовірність госпіталізацій і покращує якість життя, що економічно доцільно на горизонті 6-18 місяців [11; 47].

10) Роботодавчі програми: мікрологіка окупності.

Три елементи дають найбільший ROI: (а) наставництво/пари для працівників у ризику; (б) командні ритуали з низькою «вартістю часу», що підвищують відчуття належності; (в) гнучкий графік із чіткими «вікнами синхронізації» команди. Результат — менше відсутностей, нижча плинність, менше помилок/інцидентів [16; 45].

11) Соціальна інфраструктура: від мікро- до мезорівня.

Бібліотеки, культурні центри, багатофункціональні простори – це «місця зустрічей», де виникають слабкі, але численні зв'язки. На рівні особи це означає зниження суб'єктивної ізоляції при мінімальних витратах; на рівні громад – позитивні екстерналії (довіра, взаємодопомога). Економічно це зменшує ймовірність дорогих кризових сценаріїв (госпіталізації, довгі лікарняні) [34; 49].

Оскільки самотність проявляється не лише як емоційний стан, а як детермінанта поведінки, прийняття рішень і використання медичних та соціальних послуг, доцільно розкласти її наслідки на адитивні компоненти витрат. На рівні домогосподарства це включає прямі медичні (лікування коморбідностей, психотерапія), прямі немедичні (транспорт, догляд, телефон/інтернет, «вартість доступу» до участі), а також непрямі втрати (відсутності на роботі, «присутня непродуктивність», помилки якості). Окремо виділяємо інтегральні втрати — зниження якості життя та недоінвестування в людський капітал, що формують довгі «хвости» майбутніх витрат. Таке структурування потрібне для коректного підрахунку «вартість хвороби/стану» (COI) і подальших CEA/CUA-порівнянь інтервенцій.

Водночас значна частина економічного тягаря акумулюється через ринок праці. Самотність пов'язана з підвищенням absenteeism, зниженням ефективності під час присутності (presenteeism), більшою плинністю кадрів і вищою частотою інцидентів безпеки та браку якості – насамперед у секторах з високою відповідальністю. Для роботодавця це конвертується у витрати підбору й онбордингу, втрату виробничого часу та штрафи/репутаційні ризики; для працівника – у зниження доходу та кар'єрної траєкторії. Відповідно, потрібні операціоналізовані індикатори, які дозволяють обліковувати як безпосередні, так і приховані втрати та зіставляти їх із вартістю превентивних програм.

З огляду на це, далі подаємо дві узагальнювальні таблиці, які виконують роль робочої карти витрат і матриці роботодавчих ризиків. Перша – «Мікровитрати домогосподарства, пов'язані з самотністю (структурування)» (таблиця 1) – систематизує категорії витрат, їх економічну логіку та приклади метрик для подальших розрахунків. Друга – «Втрати продуктивності та інші ризики, пов'язані з самотністю» (таблиця 2) –

фокусується на показниках праці (absenteeism/presenteeism, плинність, безпека/якість) і відповідних фінансових наслідках. Разом ці таблиці задають єдину рамку вимірювання, яка уможливорює як мікрорівневі оцінки (для домогосподарств і підприємств), так і агрегацію до рівня галузі/регіону.

Для політики важливо, що класифікація узгоджується з COI/CEA/CUA-рамками: категорії «прямі/непрямі/інтегральні» легко агрегуються у сценарні розрахунки з різними часовими горизонтами та дисконтами.

Таблиця 1

Мікровитрати домогосподарства, пов'язані з самотністю (структурування)

Категорія витрат	Компоненти	Економічна логіка	Приклади метрик
Прямі медичні	Первинка, фармакотерапія, психотерапія, госпіталізації	Коморбідність і «пізні входи» у лікування	Частота госпіталізацій; витрати/випадок
Прямі немедичні	Транспорт, догляд, телеком/інтернет, плата за сервіси участі	Вартість доступу до послуг і соціальної участі	Витрати/міс; час у дорозі
Непрямі (праця)	Відсутності на роботі, «присутня непродуктивність», помилки якості	Втрати продуктивності та доходу	Втрачений час; інциденти/1000 год
Інтегральні	QALY/добробут; втрата від навчання/перекваліфікації	Довгі «хвости» у якості життя/заробітних можливостях	ΔQALY; завершені курси

Джерела: [1; 2; 6; 7; 11; 30; 47]

Таблиця 2

Втрати продуктивності та інші ризики, пов'язані з самотністю

Показник	Опис	Очікуваний вплив на витрати	Приклад індикатора
Absenteeism	Відсутність через психоемоційні/соматичні стани	Прямі втрати робочого часу	Дні/працівника/рік
Presenteeism	Зниження ефективності при присутності	Приховані втрати, помилки	% від планової ефективності
Плинність кадрів	Добровільні звільнення/вигорання	Підбір, онбординг, наставництво	%/рік; витрати/найм
Безпека/якість	Інциденти, відмови, порушення стандартів	Фінансові/репутаційні втрати	Інциденти/1000 год

Джерела: [1; 2; 16; 45]

Мезорівень: роботодавці та громади

На мезорівні економічний тягар самотності формується в точках, де особисті ризики стикаються з організаційними та просторовими режимами. Для роботодавців це насамперед продуктивність, безпека та плинність; для громад – навантаження на первинку, попит на соціальні послуги та стійкість локального соціального капіталу. Відповідно інтервенції мають бути двох типів: (а) «всередині організацій» (менеджерські та HR-практики) і (б) «всередині простору громади» (соціальна інфраструктура та сервіси участі).

Роботодавчі стратегії зменшення ізоляваності доцільно структурувати за трьома контурами. Перший – «зв'язок і належність»: наставництво, пари першого контакту, мікроритуали команди, регулярні вікна синхронізації. Другий – «організаційна турбота»: навчання керівників базовим навичкам психосоціальної безпеки, політики гнучкого графіка, доступ до ЕАР/психологічних консультацій. Третій – «дизайн праці»: чіткість ролей, помірна щільність комунікацій, канална стратифікація, що знижує інформаційне перевантаження і «соціальну втому». Ефекти проявляються у зниженні absenteeism/presenteeism, меншій плинності кадрів та меншій частоті інцидентів якості й безпеки [16; 21; 31; 45].

Для громад осердям є «місця зустрічей» і сервіси, що зшивають індивідуальні маршрути в спільнотні практики: бібліотеки, культурні центри, коворкінги, молодіжні/ветеранські хаби, клуби за інтересами. Економічна логіка проста: невеликі капітальні та операційні витрати створюють високий мультиплікатор участі та взаємодопомоги, що в середньостроковій перспективі зменшує дорогі звернення по медичну та соціальну допомогу. Важливі умови – транспортна доступність, цифрова інклюзія, безпека простору, інклюзивне програмування заходів [11; 33; 43; 44; 49].

На стику двох підсистем (роботодавці ↔ громади) ефективною є інтеграція первинки через «соціальне призначення»: лінк-воркери спрямовують працівників і мешканців не лише до медичних послуг, а й до локальних активностей, груп підтримки, волонтерства. Це зменшує «медичне використання» там, де первинною проблемою є ізолюваність, та підсилює локальні мережі взаємодопомоги [11; 31; 43].

Лінк-воркер (від *social prescribing link worker*) – це фахівець при первинній ланці або в громаді, який виявляє не медичні потреби людини (самотність, боргові проблеми, відсутність дозвілля, нестача навичок), разом із клієнтом складає план дій і зв'язує (link) його з місцевими ресурсами: клубами й хабами, групами підтримки, волонтерством, курсами, правовою/фінансовою консультацією, послугами догляду тощо. Він не лікує, а маршрутизує до відповідних сервісів та супроводжує до моменту стійкого залучення.

Ключові функції:

- скринінг «соціальних детермінант» (ізолюваність, житло, робота, транспорт, цифрова інклюзія);
- мотиваційне інтерв'ювання, спільне планування цілей;
- підбір і тепла передача (*warm referral*) до конкретних активностей/послуг;
- короткий супровід та зворотний зв'язок із сімейним лікарем/громадою;
- етика: добровільність, конфіденційність, мінімум персональних даних.

В українських умовах додаємо: мобільність, резервний зв'язок, травма-інформований підхід, увага до ВПО, сімей військових і доглядачів.

Ким не є лінк-воркер:

- це не психотерапевт і не лікар;
- це не «гаряча лінія» та не диспетчер кол-центру;
- це не повний кейс-менеджмент із веденням складних соціальних випадків (хоча деякі навички перетинаються).

З погляду оцінювання ефективності (CEA/CUA) мезорівень вимагає подвійних індикаторів: організаційних (години відсутностей, коефіцієнт плинності, інциденти/1000 год) і громадських (відвідуваність «третіх місць», волонтерські години, частка домогосподарств, що отримали «соціальне призначення»). В обох випадках доцільно закладати коридори невизначеності та аналіз чутливості, бо ефекти накопичуються нерівномірно у часі та відрізняються між кластерами ризику [21; 31; 33].

На мезорівні саме роботодавець має найкращі важелі впливу: дизайн роботи, стиль менеджменту, підтримку працівників і ритуали команди. Щоб перетворити загальні принципи на керовані рішення, подаємо Таблицю 3 — «карту інтервенцій», яка зшиває механізм дії → очікуваний ефект → вимірюваний індикатор. Це дозволяє: (1) швидко вибрати адекватні інструменти для вашого підрозділу, (2) закласти систему відстеження ефектів, (3) співвіднести витрати програми з економією від уникнутих втрат [16; 21; 31; 45].

Таблиця 3

Роботодавчі інтервенції проти ізолюваності: механізми, ефекти й індикатори

Інтервенція роботодавця	Механізм дії	Очікуваний ефект	Приклади індикаторів
Наставництво / пари першого контакту	Зниження ізолюваності новачків; швидша соціалізація	↓ плинність; ↓ помилки якості	Плинність (%/рік); інциденти/1000 год
Мікроритуали команди (щотижневі кола)	Підвищення відчуття належності	↓ presenteeism; ↑ координація	% виконання спринтів; опитування належності
Навчання керівників (психосоціальна безпека)	Раннє розпізнавання ризиків; коректні ескалації	↓ absenteeism; ↓ конфлікти	Години відсутностей; кейси ескалацій
Гнучкий графік / канална стратифікація	Зменшення «соц. втоми», кращий баланс	↑ утримання; ↑ продуктивність	Retention; продуктивність/год
Доступ до ЕАР/консультацій	Адресація психоемоційних станів	↓ вернення за невідкладною допомогою; ↑ благополуччя	Використання ЕАР; опитування благополуччя

Джерела: [16; 21; 31; 45]

Макровимір: державні витрати та втрачене зростання

На макрорівні самотність дорослого населення матеріалізується у двох класах витрат: (1) фіскальні витрати (охорона здоров'я, соціальний захист, екстрені служби, довготривала опіка) та (2) втрачене економічне зростання через нижчу продуктивність, участь у ринку праці та ослаблення соціального капіталу. Війна підсилює обидві компоненти, збільшуючи «вартість доступу» до послуг (енерго/зв'язок/транспорт) і руйнуючи «місця зустрічей», що генерують довіру та участь [21; 33].

Фіскальна компонента проявляється як зростання прямих медичних видатків (частіші госпіталізації при коморбідності, психосоціальна підтримка, фармакотерапія) та немедичних видатків (житлова/енергетична допомога ізольованим домогосподарствам, соціальні трансфери). Частина навантаження зміщується на первинну ланку й служби невідкладної допомоги, що здорожчує епізод допомоги й зменшує маневри бюджету [11; 47].

Компонента втраченого зростання формується через канали виробничої функції: зниження ефективної праці (L) через absenteeism/presenteeism, знецінення людського капіталу (h) через нижчу віддачу від навчання, падіння загальної факторної продуктивності (A) через ослаблення довіри/мережових ефектів. На рівні регіонів це віддзеркалюється у нижчих мультиплікаторах локальних витрат і меншій інвестиційній привабливості [21; 33].

В українському контексті додаються «воєнно-специфічні» драйвери: масове переміщення, OPSEC-обмеження комунікацій у військових сім'ях, пошкодження інфраструктури, нерівний цифровий доступ. Ці чинники збільшують нееластичний попит на соціальну допомогу і знижують потенційний випуск через розриви мереж довіри. Відтак макрополітика має комбінувати ранні інтервенції (соціальне призначення, низькопорогові сервіси участі) з просторовими інвестиціями у соціальну інфраструктуру, які генерують довгострокові екстерналії [33; 43; 44].

Оцінювання в макровимірі спирається на «вартість хвороби/стану» (COI) та CEA/CUA із соціальним дисконтом. Ключові параметри чутливості: поширеність самотності, інкрементальні медичні витрати, еластичність продуктивності до інтервенцій, швидкість формування/розпаду мережових ефектів. Рекомендовано закладати сценарії базовий/інтенсивна первинка/просторові інвестиції/комбінований, щоб відобразити різний часовий профіль ефектів [21; 31; 33].

Попередньо ми показали, як індивідуальні втрати від самотності «складаються» в організаційні ризики для роботодавців і громад. На макрорівні ці мікропроцеси конвертуються у фіскальні навантаження (додаткові видатки на охорону здоров'я, соціальний захист, екстрені служби) та у втрачені доходи сектору загального державного управління (звуження бази ПДФО/ЄСВ через зниження участі у праці та продуктивності).

Щоб перейти від загальної логіки до керованого бюджетного обліку, пропонуємо Таблицю 4, яка розкладає макровитрати на канали з чіткими метриками та часовими горизонтами застосування [11; 21; 31; 33; 47].

Таблиця 4

Державні витрати: канали фіскального навантаження та метрики

Бюджетний канал	Механізм навантаження	Горизонт (S/M/L)	Приклади метрик
Охорона здоров'я (первинка/госпіталі)	Частіші звернення та госпіталізації при коморбідності	S-M	Витрати/випадок; Δгоспіталізацій/10 тис.
Психічне здоров'я / ПМСД	Зростання попиту на консультації/підтримку	S-M	Візити/1 тис.; навантаження на лікаря
Соціальний захист/опіка	Підтримка ізольованих домогосподарств (транспорт/енергія/догляд)	S-M-L	Виплати/особу; охоплення (%)
Екстрені служби	Виклики через кризи/самодеструктивні поведінки	S	Виклики/рік; витрати/виїзд
Втрачені податкові надходження	↓ база ПДФО/ЄСВ через L & h	M-L	ΔПДФО/ВВП; участь у праці (%)

Джерела: [11; 21; 31; 33; 47]

У таблиці 4 кожен канал має позначення S (короткий), M (середній), L (довгий) горизонти. Це важливо для розуміння коли саме з'являється економія від інтервенцій: наприклад, зниження «дорогих» госпіталізацій і

викликів екстрених служб відчутне вже в S-M, тоді як відновлення податкової бази через підвищення зайнятості проявляється лише в M-L [21; 33].

Таким чином, мікро-втрати (здоров'я, дохід, час) акумулюються на мезорівні у ризики для роботодавців і громад, а на макрорівні – у фінансові навантаження і втрачене зростання. Найкраща «вартість/вигода» досягається комбінованими рішеннями: ранні інтервенції на первинці + роботодавчі мікропрактики + інвестиції у «місця зустрічей» у громадах, усе це – під спільним моніторингом COI/CEA/CUA та чутливим аналізом. Це дозволяє одночасно зменшувати видатки, стабілізувати продуктивність і відновлювати соціальний капітал.

ЄС: «сталий сервіс участі» як базова одиниця політики.

1) Концептуальні принципи.

Від кампаній до сервісів. ЄС рухається від поодиноких інформаційних акцій до сталих послуг участі, вбудованих у первинну ланку охорони здоров'я, місцеве самоврядування та роботодавчі політики.

Маршрутизація попиту. Самотність не «лікують», її перенаправляють із дорогих медичних маршрутів у низькопорогові активності спільнот (клуби, хаби, волонтерство), доповнюючи психологічною підтримкою за потреби.

Стратифікація ризику. Пріоритет – молодь, літні, одинаки, малозабезпечені, доглядачі, а також мігранти/переміщені.

Вимірюваність. Рішення супроводжують стандартними шкалами (UCLA-LS, De Jong Gierveld) + адміністративними метриками (направлення, відвідуваність, повторні звернення, показники праці).

2) Первинна ланка: соціальне призначення (social prescribing).

На прийомі короткий скринінг самотності → лінк-воркер формує спільний план → «тепла передача» до локальних активностей (групи підтримки, клуби, волонтерство, навчання, правова/фінансова допомога).

Як працює. Невеликі кадрові команди при ПМД або муніципалітеті, каталоги верифікованих ініціатив, протоколи конфіденційності, 2-6 тижнів супроводу до стабільного залучення.

Очікуваний ефект. Менше «дорогих» госпіталізацій/викликів невідкладної, зниження тривоги/депресивності, зростання участі.

Індикатори. Направлення/місяць; частка «тепліх передач»; утримання 4-8 тижнів; Двізити первинки.

3) «Третє місце» як інфраструктура участі.

Що це. Бібліотеки, культурні центри, молодіжні/ветеранські хаби, коворкінги – безпечні місця регулярних слабких контактів.

Дизайн. Піша доступність; передбачуваний розклад; міжвікові події; цифрова підтримка (навчання, доступ до мережі); інклюзивна модерация.

Економіка. Низький CAPEX, стабільний OPEX; високий мультиплікатор участі й взаємодопомоги.

4) Роботодавчі підходи (психосоціальна безпека).

Мінімальний пакет. Наставництво/«пари першого контакту»; мікроритуали команди; «канальна гігієна» (узгоджені вікна синхронізації); гнучкий графік; доступ до ЕАР/консультацій.

Мета. ↓ absenteeism/presenteeism, ↓ плинність, ↓ інциденти безпеки, ↑ відчуття належності.

Опора на стандарти. Політики охорони праці/психосоціальних ризиків, організаційні тренінги для керівників.

5) Цифрова інклюзія.

Програми базової цифрової грамотності; публічні точки Wi-Fi/пристроїв; підтримка дистанційних форматів взаємодії (телефон, відеозв'язок, «телебефрендінг»).

Навіщо. Зменшує бар'єри доступу до послуг і «вікон зв'язку», особливо для літніх і малозабезпечених.

6) Оцінювання ефективності.

Методи. COI (вартість стану), CEA/CUA (вартість-ефективність/корисність), SROI (соціальна віддача інвестицій), «реалістична оцінка» (що, для кого і за яких умов працює). Тут критично – стабільні дані та передбачуване фінансування.

Порівняльний аналіз: Україна ↔ ЄС

Порівняння України з Європейським Союзом виявляє як збіг профілів ризику самотності, так і суттєві контекстуальні розбіжності. У спільному полі залишається триада «низькі доходи – життя наодинці – крайні вікові групи (наймолодші/найстарші)», до яких у більшості країн додаються неформальні доглядачі. Це групи, для яких дефіцит ресурсів, слабкість мереж підтримки або рольове навантаження підвищують ймовірність суб'єктивної ізоляваності [12; 15; 20].

Водночас український воєнний контекст структурно зсуває розподіл ризику. Масове внутрішнє й зовнішнє переміщення, розриви «маршрутів повсякденних зустрічей», руйнування або недоступність «третьох

місць», а також регламентована/нестабільна комунікація в сім'ях військових (OPSEC) змінюють імовірність та тривалість епізодів самотності, підвищуючи навантаження на первинку, соціальний захист і локальні мережі взаємодопомоги [13; 23; 52].

Методологічно порівняння вимагає відокремлення суб'єктивної самотності від об'єктивної ізоляції та застосування стратифікованих вимірів для груп ризику. Для коректності зіставлень доцільно використовувати короткі стандартизовані шкали, комбінуючи їх із проксі-індикаторами участі (волонтерство, членство, відвідування «третіх місць») і даними первинки. Це знижує ризики культурної/мовної зміщеності та покращує переносимість висновків між Україною й ЄС [12; 15; 20].

Що стосується реалізації політик, в ЄС ключовим драйвером ефективності є стабільність фінансування та інтеграція «лінк-воркерів» у первинку. Для України вирішальними є логістична досяжність (транспорт, резервне живлення/зв'язок), безпека простору, а також партнерства громад з НУО і роботодавцями. В обох випадках оцінювання має спиратися на COI/CEA/CUA рамки з аналізом чутливості, але українським програмам потрібні розширені сценарії на випадок енергетичних чи безпекових збурень [13; 23; 52].

Щоби узгодити порівняльний аналіз із практичним дизайном політик, далі узагальнимо результати в таблицю 5 «Профілі ризику: порівняння механізмів і політичних важелів (ЄС ↔ Україна)». Вона зшиває три рівні аргументації:

- Кластер ризику (хто саме уразливий);
- Механізм (чому виникає/закріплюється самотність у кожному контексті);
- Важелі (які інструменти політики найдоречніші з огляду на інфраструктурні й безпекові умови).

Таблиця 5

Профілі ризику: порівняння механізмів і політичних важелів (ЄС ↔ Україна)

Кластер ризику	Механізми в ЄС	Механізми в Україні (війна)	Політичні важелі (порівняння)
Низькі доходи	Матеріальні бар'єри, цифрова/транспортна нерівність	Додатково: втрата доходу/житла, енергетичні збої	Ваучери доступу, соціальне призначення, мобільні сервіси
Життя наодинці	Дефіцит щоденних слабких зв'язків	Додатково: руйнування «третіх місць», евакуація	Хаби участі, домашні візити, програми сусідської взаємодопомоги
Наймолодші/найстарші	Перехідні стани/доглядові потреби	Додатково: перервані траєкторії; ризики безпеки	Молодіжні/ветеранські простори; мобільні клуби 60+
Доглядачі	Високе емоційне навантаження; дефіцит часу	Додатково: переміщення сім'ї; нестабільний доступ до послуг	Респайтдогляд; дистанційні групи підтримки; адресні ваучери
Переміщені особи	—	Розрив мереж, нестабільне житло/робота	Мобільні хаби, швидке інтегрування у громаду

Джерела: [12; 13; 15; 20; 23; 52]

Така структуризація потрібна з двох причин. По-перше, одна й та сама група (скажімо, одинаки) має різні драйвери ізолюваності у стабільних системах ЄС і у воєнних українських реаліях; отже, «копіювання» заходів без адаптації дає слабкий ефект. По-друге, політичні рішення мають бути операціоналізовані: у кожному рядку таблиці є підказка, який саме тип інструменту (мобільний хаб, лінк-воркер, програма сусідської взаємодопомоги, OPSEC-дружня комунікація з родинами військових, ваучери доступу тощо) відповідає виявленому механізму ризику.

Чому нам критично важливий європейський досвід?

Почнемо з бази: країни ЄС уже пройшли довгий шлях від «кампаній про небезпеку самотності» до дієвих сервісів – соціального призначення в первинній ланці (link-workers), «третіх місць» (бібліотеки, культурні центри), стандартів психосоціальної безпеки, цифрової інклюзії. Це важливо з трьох причин.

По-перше, там напрацьовано перевірені моделі й методи оцінювання (COI/CEA/CUA), тож ми не винаходимо велосипед.

По-друге, стандарти ЄС сумісні з нашим курсом на інтеграцію: запроваджуючи їх, ми полегшуємо співфінансування з європейських фондів і говоримо з партнерами «однією мовою» даних.

По-третє, європейські рішення легко адаптуються: їх можна налаштувати під наші реалії війни – мобільність сервісів, резервний зв'язок, безпекові вимоги.

Рекомендації для України

1) Первинна ланка як точка входу.

Почнімо з найпростішого: у кожній амбулаторії має бути соціальне призначення – фахівець-«лінк-воркер», який скеровує людей із ознаками самотності не лише до лікаря, а й до активностей у громаді. Це дешевий спосіб «перевести тиск» з медичних послуг на підтримувальні мережі. Далі логічно підключити короткі скринінги (на кшталт UCLA-3) і готові маршрути допомоги для різних груп ризику.

2) «Треті місця» – там, де люди реально зустрічаються.

Щоб призначення мало куди скеровувати, потрібні місця зустрічей: бібліотеки, культурні/молодіжні хаби, шкільні простори після уроків. У стабільних містах – стаціонарні центри; у громадах, що постраждали, – мобільні або модульні варіанти з резервним живленням і зв'язком. Так ми зшиваємо людей між собою і зменшуємо звернення до «дорогих» медичних послуг.

3) Роботодавці – другий «двигун» змін.

Коли базова підтримка в громаді запущена, наступний крок – мінімальні стандарти на роботі: наставництво для новачків, короткі командні ритуали, «канальна гігієна» (узгоджені вікна синхронних зустрічей), гнучкий графік, доступ до консультацій. Це напряму б'є по absenteeism/presenteeism і плинності кадрів – отже, і по витратах бізнесу.

4) Цифрова інклюзія як «цемент» усієї системи.

Щоб попередні три кроки працювали навіть під час відключень, потрібні прості цифрові рішення: ваучери на зв'язок для вразливих груп, безкоштовні точки Wi-Fi у хабах, а головне – асинхронні канали (SMS-ланцюжки, офлайн-повідомлення, «чернетки» з відкладеним надсиланням). Це знімає тиск «бути завжди на зв'язку» і зберігає безпеку.

5) Доступ – не дрібниця, а умова ефективності.

Далі логічний крок – транспортні ваучери чи компенсації на дорогу до хабів і груп підтримки. Без цього навіть найкращі сервіси залишаться порожніми для тих, хто живе далеко або має обмеження у пересуванні.

6) Підтримка доглядачів і сімей військових.

Виокремимо дві групи. Для доглядачів – респайт-послуги (короткочасний «відпочинок»), дистанційні групи підтримки, дрібні побутові полегшення. Для сімей військових – «комунікаційні контракти» з OPSEC-дружніми правилами: узгоджені вікна зв'язку, безпечні теми, асинхронні формати. Це знижує тривогу і не шкодить безпеці.

7) Університети та школи – фабрики соціального капіталу.

Наступня складова – хаби участі в освітніх закладах: тьюторство «peer-to-peer», гуртки, волонтерство, швидкий доступ до консультантів. Для молоді це канал виходу з ізоляції; для старших – можливість менторства.

8) Партнерство громад і НУО.

Щоб рішення не «розсипались», потрібне єдине вікно в ЦНАП: календар подій, запис на активності, ваучери, контакти лінк-воркерів. НУО додають гнучкість і швидкість – муніципалітет забезпечує сталість.

9) Моніторинг без бюрократії.

Переходимо до вимірювання: базова лінія → запуск → повторні виміри. Достатньо кількох індикаторів: направлення лінк-воркера, відвідуваність «третьох місць», години волонтерства, absenteeism/presenteeism у пілотних роботодавців. На рівні країни – регулярний модуль про самотність у держопитуваннях.

10) Фінансування й етика.

Завершимо тим, що «тримає систему»: змішане фінансування (державне + місцеве + донорське + роботодавці) і чіткі правила приватності та безпеки (добровільність, мінімізація персональних даних, укриття та інструктажі в просторі хабів). Це дає довіру – без неї люди не прийдуть.

Отже, європейський досвід важливий не як «мода», а як готовий набір інструментів, які ми можемо швидко адаптувати: соціальне призначення → «третьі місця» → роботодавчі стандарти → цифрова та транспортна досяжність. Разом вони переносять попит з «дорогих» медичних та екстрених сервісів на дешевші й людяніші механізми підтримки.

Висновки. 1) Самотність «прив'язана» до когнітивних викривлень (селективна увага до загроз, заниження очікуваної взаємності), що підсилює уникнення і закриває траєкторії виходу. Це породжує адитивні витрати:

– Прямі медичні (консультації, фармакотерапія, госпіталізації) і немедичні (транспорт, догляд, телекомунікації, «вартість доступу» до участі).

– Непрямі (absenteeism/presenteeism, помилки якості, плинність, втрачені можливості навчання).

– Інтегральні (зниження якості життя й людського капіталу).

Низьковартісні, але регулярні інтервенції (соціальне призначення, малі роботодавчі практики, «комунікаційні контракти» в сім'ях військових) мають високий маржинальний ефект для груп ризику.

2) На рівні організацій діє триєдиний пакет: (а) зв'язок і належність (наставництво, мікроритуали команди), (б) організаційна турбота (навчання керівників психосоціальній безпеці, ЕАР, гнучкість графіку, каналова гігієна), (в) дизайн праці (чіткість ролей, передбачувані «вікна синхронізації»). Це прямо знижує відсутності, плінність і ризику якості/безпеки.

Громади забезпечують місця зустрічей («треті місця»: бібліотеки, культурні/молодіжні/ветеранські хаби), а в умовах війни – їхні мобільні/модульні аналоги з резервним живленням і зв'язком. Зшивання роботодавців і громад відбувається через соціальне призначення: лінк-воркери спрямовують людей до активностей, що адресують первинну проблему – ізолюваність, а не лише симптоми.

3) Національна економіка зазнає двох класів втрат:

Фіскальні витрати: охорона здоров'я (первинка, госпіталі, психічне здоров'я), соціальний захист/догляд, екстрені служби; додатково – «вартість доступу» (енергія/зв'язок/транспорт) у воєнних умовах.

Втрачене зростання: падіння ефективної праці (L), знецінення людського капіталу (h), просідання TFP через ослаблені мережі довіри та інновацій; нижчі мультиплікатори локальних витрат та інвестиційна привабливість.

Сумарний ефект – звуження бази оподаткування і зростання «дорогого використання» систем охорони здоров'я/соцзахисту.

4) Європейські практики показали, що найкраще працюють сталі сервіси участі (соціальне призначення, «треті місця», роботодавчі стандарти) з мінімальним набором показників і регулярним фінансуванням. В Україні той самий каркас потребує зсуву портфеля: мобільні, низькопорогові, енергонезалежні рішення з резервним зв'язком, пріоритетом ВПО, одинаків у містах, молоді з перерваними траєкторіями, літніх у дефіцитних громадах та неформальних доглядачів.

Європейський підхід доводить: самотність – керована через інфраструктуру участі, соціальне призначення й роботодавчі стандарти, якщо це підкріплено простими метриками та стабільним фінансуванням. Україна може взяти цей каркас і переобладнати його під свої умови – зробити сервіси мобільними, низькопороговими й енергонезалежними, дати пріоритет групам високого ризику та тримати курс на вимірювані результати.

5) Пропонується портфель мобільних, низькопорогових і енергонезалежних рішень: виїзні/модульні хаби з резервним живленням і зв'язком; «фор-уп» події; асинхронні/низькосмугові канали комунікації (включно з OPSEC-дружніми «вікнами зв'язку» для сімей військових); соціальне призначення 2.0 з «теплою передачею» та коротким супроводом; ваучери на транспорт/зв'язок/участь для ризик-груп (ВПО, одинаки у містах, молодь із перерваними траєкторіями, літні у дефіцитних громадах, доглядачі).

Комбінований пакет (первинка з соціальним призначенням + «треті місця»/мобільні хаби + роботодавчі стандарти + цифрова/транспортна доступність) перенаправляє попит з «дорогих» медичних і екстрених маршрутів на дешевші, близькі до людини механізми підтримки. Для бюджету це означає уникнені госпіталізації та виклики, стабілізацію податкової бази через участь у праці та зміцнення соціального капіталу. Для домогосподарств – вищу якість життя, коротші епізоди ізоляції та кращі траєкторії доходу/навчання.

Джерела.

1. Banks J., Xu X., O'Dea C. The mental health effects of lockdown in the UK. *Fiscal Studies*. 2020. № 41 (3). P. 685-708. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12262>.
2. Beutel M. E., Klein E. M., Brähler E., et al. Loneliness in the general population. *BMC Psychiatry*. 2017. № 17. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>.
3. Briggs A., Claxton K., Sculpher M. Decision Modelling for Health Economic Evaluation. Oxford: Oxford University Press, 2006. 252 p.
4. Cacioppo J. T., Hawkley L. C. Loneliness matters: A theoretical and empirical review. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010. № 40 (2). P. 218-227. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>.
5. Campaign to End Loneliness. The Psychology of Loneliness. London, 2020. URL: <https://www.campaigntoendloneliness.org>.
6. Courtin E., Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age. *Health & Social Care in the Community*. 2017. № 25 (3). P. 799-812. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>.
7. Daly M., Robinson E. Psychological distress and loneliness in the UK, 2004-2020. *Psychological Medicine*. 2022. 52 (14). P. 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291721001088>.
8. Drummond M. F., Sculpher M. J., Claxton K., Stoddart G. L., Torrance G. W. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 4th ed. Oxford: Oxford University Press, 2015. 445 p.
9. Elovainio M., Hakulinen C., Pulkki-Råback L., et al. Contribution of risk factors to excess mortality in isolated people: UK Biobank. *The Lancet Public Health*. 2017. № 2 (6). DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30075-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0).
10. Eurofound. Living, working and COVID19. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. URL: <https://www.eurofound.europa.eu>.
11. EuroHealthNet. The economic case for investing in health equity. Brussels: EuroHealthNet, 2021. URL: <https://eurohealthnet.eu>.
12. European Commission, Joint Research Centre. Loneliness prevalence in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2023. URL: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/projects-and-activities/survey-methods-and-analysis-centre/loneliness/loneliness-prevalence-eu_en.
13. European Commission. A comprehensive approach to mental health. Brussels: European Commission, 2023. URL: <https://health.ec.europa.eu>.
14. European Parliament. Loneliness – An EU-wide challenge. Brussels: EP Research Service, 2021. URL: <https://www.europarl.europa.eu>.

15. Eurostat. People who feel lonely: EU statistics. Luxembourg: Eurostat, 2022. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat>.
16. Gallup. Over 1 in 5 People Worldwide Feel Lonely a Lot. Washington, DC: Gallup, 2024. URL: <https://news.gallup.com/poll/646718/people-worldwide-feel-lonely-lot.aspx>.
17. Gold M. R., Siegel J. E., Russell L. B., Weinstein M. C. Cost-Effectiveness in Health and Medicine. New York: Oxford University Press, 1996. 456 p.
18. Hazer M., Boylu A. A., Meriç M. Social isolation and loneliness in older adults: Influence of health behaviours. *Aging & Mental Health*. 2020. № 24 (12). P. 2023-2032. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1633616>.
19. HM Treasury. The Green Book : Central Government Guidance on Appraisal and Evaluation. London: HM Treasury, 2022. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/the-green-book>.
20. Holt-Lunstad J. Social connection as a public health issue. *Annual Review of Public Health*. 2022. № 43. P. 193–213. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>.
21. 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. № 10 (2). P. 227-237. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
22. Japan Cabinet Office. Japan's Efforts to Tackle Loneliness and Isolation / National Survey 2024. Tokyo: Government of Japan, 2025. URL: https://www.cao.go.jp/kodoku_koritsu.
23. Jaworski P., Domitrz J., Klimjacka E., et al. Prevalence and risk factors for PTSD, anxiety and depression in Ukrainian war migrants in Poland. *Frontiers in Public Health*. 2025. № 13. 1394808. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1394808>.
24. Killgore W. D. S., Cloonan S. A., Taylor E. C., Dailey N. S. Loneliness during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020. № 290. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>.
25. Klinenberg E. Palaces for the People : How Social Infrastructure Can Help Fight Inequality. New York : Crown, 2018. 288 p.
26. Leigh-Hunt N., Baggeley D., Bash K., et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017. № 152. P. 157-171. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>.
27. Lim M. H., Eres R., Peck C. Loneliness and social anxiety across adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 2020. № 274. P. 546-556. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.004>.
28. Loades M. E., Chatburn E., Higson-Sweeney N., et al. The impact of social isolation and loneliness on mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020. № 59 (11). P. 1218-1239. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>.
29. McDaid D., Park A.-L., Fernandez J.-L. Economies of scale in mental health promotion. *Journal of Public Mental Health*. 2021. № 20 (2). P. 73-80. DOI: <https://doi.org/10.1108/JPMH-12-2020-0181>.
30. Neumann P. J., Sanders G. D., Russell L. B., Siegel J. E., Ganiats T. G. (eds.). Cost-Effectiveness in Health and Medicine. 2nd ed. New York -: Oxford University Press, 2016. 496 p.
31. NHS England. Social Prescribing Summary Guide. London: NHS, 2022. URL: <https://www.england.nhs.uk>.
32. OECD. COVID19 and well-being : Life in the pandemic. Paris: OECD Publishing, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1787/1e1ecb53-en>.
33. OECD. Policies for a Lonelier Society? Paris: OECD Publishing, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/3f6f0f1b-en>.
34. Office for National Statistics. Public opinions and social trends, Great Britain: 13 December 2023 to 1 January 2024. London : ONS, 2024. URL: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/bulletins/publicopinionsandsocialtrendsgreatbritain/13december2023to1january2024>.
35. O'Sullivan R., Clark S., McGrane A., et al. Loneliness interventions among adults : A scoping review. *Health & Social Care in the Community*. 2021. № 29 (6). P. 1948-1964. DOI: <https://doi.org/10.1111/hsc.13254>.
36. Pacifico D., Vega A. Loneliness and productivity: Evidence from remote work. *Labour Economics*. 2023. № 82. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2023.102355>.
37. Pew Research Center. Men, Women and Social Connections. Washington, DC: Pew, 2025. URL: <https://www.pewresearch.org>.
38. Reznik A., Pavlenko V., Kurapov A., et al. War impact on mental health and well-being among Ukrainian and Israeli women. *Cambridge Prisms : Global Mental Health*. 2025. № 12. e30. DOI: <https://doi.org/10.1017/gmh.2025.30>.
39. Santini Z. I., Jose P. E., Cornwell E. Y., et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020. № 55. P. 839-852. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01805-8>.
40. Stelmakh I. I. Mastering loneliness in war : IDP identity narratives. *Problemy Politychnoi Psykhologii*. 2025. № 17 (31). P. 138-151. DOI: <https://doi.org/10.33120/popp-Vol17-Year2025-206>.
41. Stickley A., Koyanagi A. Loneliness in 25 European countries and its association with health. *BMC Public Health*. 2016. № 16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-4101-3>.
42. Surkalim D. L., Luo M., Eres R., et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022. № 376. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>.
43. UK Government. A Connected Society : A Strategy for Tackling Loneliness. London: HM Government, 2018-2022. URL: <https://www.gov.uk/government/collections/government-strategy-on-loneliness>.
44. Universities UK. Stepchange : Mentally healthy universities – Strategic guidance. London: UUK, 2023. URL: <https://www.universitiesuk.ac.uk>.
45. Valtorta N. K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis. *Heart*. 2016. № 102 (13). P. 1009-1018. DOI: <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>.
46. Varga T. V., Bu F., Dissing A. S., et al. Loneliness, worries, anxiety and behaviours in COVID-19. *PLoS ONE*. 2021. № 16 (1). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245059>.
47. Victor C. R., Pikhartova J. Lonely Places or Lonely People? The *Gerontologist*. 2020. № 60 (3). P. 369–380. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz114>.
48. What Works Centre for Wellbeing. Cost-effectiveness of loneliness interventions. London, 2020. URL: <https://whatworkswellbeing.org>.
49. What Works Wellbeing. Loneliness Evidence Review. London, 2021. URL: <https://whatworkswellbeing.org>.
50. WHO. Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO, 2023. URL: <https://www.who.int>.
51. WHO. Social isolation and loneliness among older people : An advocacy brief. Geneva: WHO, 2021. URL: <https://www.who.int>.
52. Yasenok V., Baumer A. M., Petrashenko V., et al. Mental health burden of persons living in Ukraine and Ukrainians displaced to Switzerland: The MAP studies. *BMJ Global Health*. 2025. № 10 (8). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-019557>.