Тимошенко Н.Є., Романова Н.Ф.,
Орепер М.Ю., Патинок О.П.

ДОГЛЯД ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ДЕМЕНЦІЄЮ

навчально-методичний посібник

Київ-2020

ДОГЛЯД

ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ДЕМЕНЦІЄЮ

навчально-методичний посібник

Київ – 2020

УДК 364.3
ББК 65.27
Д 59

Рекомендовано Вченою радою
Факультету соціально-економічної освіти НПУ імені М. П. Драгоманова
(Протокол № 4 від 11 грудня 2019 р.)

Автори:
Тимошенко Н.Є., *канд. пед. наук, керівник навчального центру МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»*
Романова Н.Ф., *канд. пед. наук, доцент кафедри «Школа соціальної роботи» Національного університету «Києво-Могилянська Академія»*
Орепер М.Ю., *фахівець із соціальної роботи, координатор програми «Збереження пам'яті» МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»*
Патинок О.П., *доцент, канд. психолог. наук, професор кафедри соціальної політики Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова*
Рецензенти:
Кальченко Л.В., доцент, канд. пед наук, доцент кафедри спеціальної освіти і соціальної роботи Львівського національного університету ім. Івана Франка
Литва Л. А., канд. соціолог. наук, доцент кафедри соціальної роботи факультету психології КНУ ім. Т.Г. Шевченка

Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією : навчально-методичний посібник / Тимошенко Н.Є., Романова Н.Ф., Орепер М.Ю., Патинок О.П. ; заг. ред. Н.Є. Тимошенко. – К. : Вид-во РПА «51 Паралель», 2020. – 350 с.

Подано матеріали, які знайомлять із основними аспектами догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією. Розглянуто особливості та специфіку цієї роботи, надано теоретичні та практичні матеріали щодо організації надання соціальної послуги догляду за місцем проживання людей похилого віку з деменцією. Рекомендовано для викладачів та широкого кола практиків у сфері соціальної роботи та соціального забезпечення.

© Романова Н. Ф., 2020
© Тимошенко Н. Є., 2020
© Орепер М. Ю., 2020
© Патинок О.П., 2020

ЗМІСТ

ВСТУП 5

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ Й ТЕОРЕТИЧНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СТАРІННЯ ТА ДЕМЕНЦІЮ 7

1.1. Старіння населення та сучасні тенденції щодо поширення деменції..... 7

1.2. Феномен самотності людей, які живуть з деменцією 42

1.3. Соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією та шляхи їх вирішення..... 63

1.4. Методи та інструменти практичної роботи з людьми, які живуть з деменцією..... 90

1.5. Робота з кейсами..... 115

РОЗДІЛ 2. ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ДО НАДАННЯ ПОСЛУГИ ДОГЛЯДУ ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ДЕМЕНЦІЄЮ..... 136

2.1. Загальні підходи та принципи навчання фахівців соціальної сфери 136

2.2. Тренінгове навчання «Особливості спілкування з людьми похилого віку, які живуть з деменцією..... 168

2.3. Догляд за людьми похилого віку, які перебувають в нерухомому або малорухому фізіологічному стані 250

2.4. Особливості догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією у домашніх умовах..... 275
2.5. Професійне вигорання фахівців, які працюють у сфері догляду за людьми похилого віку з деменцією..... 293
Термінологічний словник..... 333
Список використаних джерел 341

ВСТУП

Старіння населення створює численні проблеми для суспільства, серед яких спостерігається стрімке зростання кількості людей похилого віку, які живуть з деменцією. Наразі, за даними ВООЗ, у всьому світі таких людей більше 50 мільйонів і ця цифра продовжує щорічно суттєво збільшуватися: приблизно на 7,7 млн. нових випадків деменції. Прогнози на 2050 рік свідчать, що ця частка може досягти близько 131,5 млн. осіб.

Щодо України, то за даними досліджень Інституту геронтології, втрата мислення, пам'яті та орієнтації спостерігається у кожної 10-ї особи, яка досягла пенсійного віку.

Саме розвиток деменції є основною причиною інвалідності та досить часто призводить до різкого погіршення рівня якості життя не тільки конкретної особи, але й родини чи близького соціального оточення.

Наразі, існує потреба в систематизації сучасних теоретичних уявлень про деменцію, її ознак та симптомів; опису міжнародного досвіду в цій сфері та узагальнення інформації про сучасні засоби профілактики; організації навчання фахівців соціальної сфери щодо надання послуги догляду за місцем проживання на основі принципів гуманності й доказовості у сфері громадського здоров'я.

Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією є командною роботою (родичі, терапевти, психіатри, лікарі

суміжних спеціальностей, патронажна сестра, соціальний робітник), тому дуже важливо налагодити мультидисциплінарний взаємозв'язок серед відповідних соціальних інституцій, освітніх закладів й широкого кола практиків для подальшої взаємодії.

Міністерством соціальної політики запроваджено стандарти надання соціальних послуг та визначено професійні компетентності для фахівців із соціальної роботи, які будуть залучатися до їх надання із різними групами отримувачів соціальних послуг, зокрема, й з людьми похилого віку, які живуть з деменцією, що свідчить про актуальність запропонованої тематики.

Матеріали даного навчально-методичного посібника розкривають широке коло навчальних завдань із формування й розвитку професійних компетентностей для фахівців із соціальної роботи та допомагають розширювати необхідний методичний репертуар, що у цілому, не тільки допоможе збагатити та урізноманітнити наявний досвід, але й покращити рівень професійної підготовки у процесі навчання чи підвищення кваліфікації у сфері соціальної роботи та соціального забезпечення населення.

РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ТА ТЕОРЕТИЧНІ УЯВЛЕННЯ ПРО СТАРІННЯ ТА ДЕМЕНЦІЮ

1.1. Старіння населення та сучасні тенденції щодо поширення деменції

Поняття старіння пов'язано із індивідуальними віковими змінами людського організму, що обмежують або порушують його здатність до біологічної та соціальної адаптації. Процес старіння стосується усіх людей, але особливості його перебігу для кожної людини є різними, оскільки на це впливає генетика, екологія, харчування, система охорони здоров'я, доступ до соціальних послуг тощо.

У геронтології зазначається про кілька біологічних ознак, які характеризують процес старіння людини: універсальність, обов'язковість, неперервність та дегенеративність.

Примітка!

Геронтологія – наука, що вивчає закономірності старіння живих організмів, зокрема людини. Вона охоплює біологію старіння, клінічну геронтологію й геріатрію, соціальну геронтологію та герогігієну.

Основні завдання геронтології: 1) розкриття механізмів процесу старіння; 2) пошук шляхів збільшення тривалості життя та працездатності; 3) вивчення особливостей захворювань та розробка методів профілактики й лікування; 4) дослідження впливу соціального середовища та способу життя на старіння людини

Основні характеристики, за якими можна дослідити процес старіння кожної людини:

1) *хронологічна:* кількість років, які прожила людина (можна визначити за паспортними даними) – важлива для демографічних та соціально-економічних показників розвитку держави;

2) *фізіологічна:* пов'язана зі станом здоров'я та наявністю хронічних захворювань – важлива з позиції досліджень процесу старіння у сфері медицини та біології;

3) *психологічна:* пов'язана із суб'єктивним відчуттям людини щодо власної немічності через біологічний вік – важлива для організації психологічної підтримки;

4) *соціальна*: визначає адаптаційну здатність людини до самостійного проживання та саморозвитку в соціумі – важлива для оцінки потреб й надання соціальних послуг у сфері соціальної роботи.

Вікові зміни, які відбуваються з людьми похилого віку, зумовлюють погіршення фізичного та психічного стану, що може призвести до інвалідності та самотності. Відповідно, зростає потреба у різних видах медичної допомоги та соціально-реабілітаційних послугах для забезпечення гідної якості життя. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає, що отримання статусу «особа похилого віку» за віком можливе після досягнення 60 років (див. рис.1.1.1):

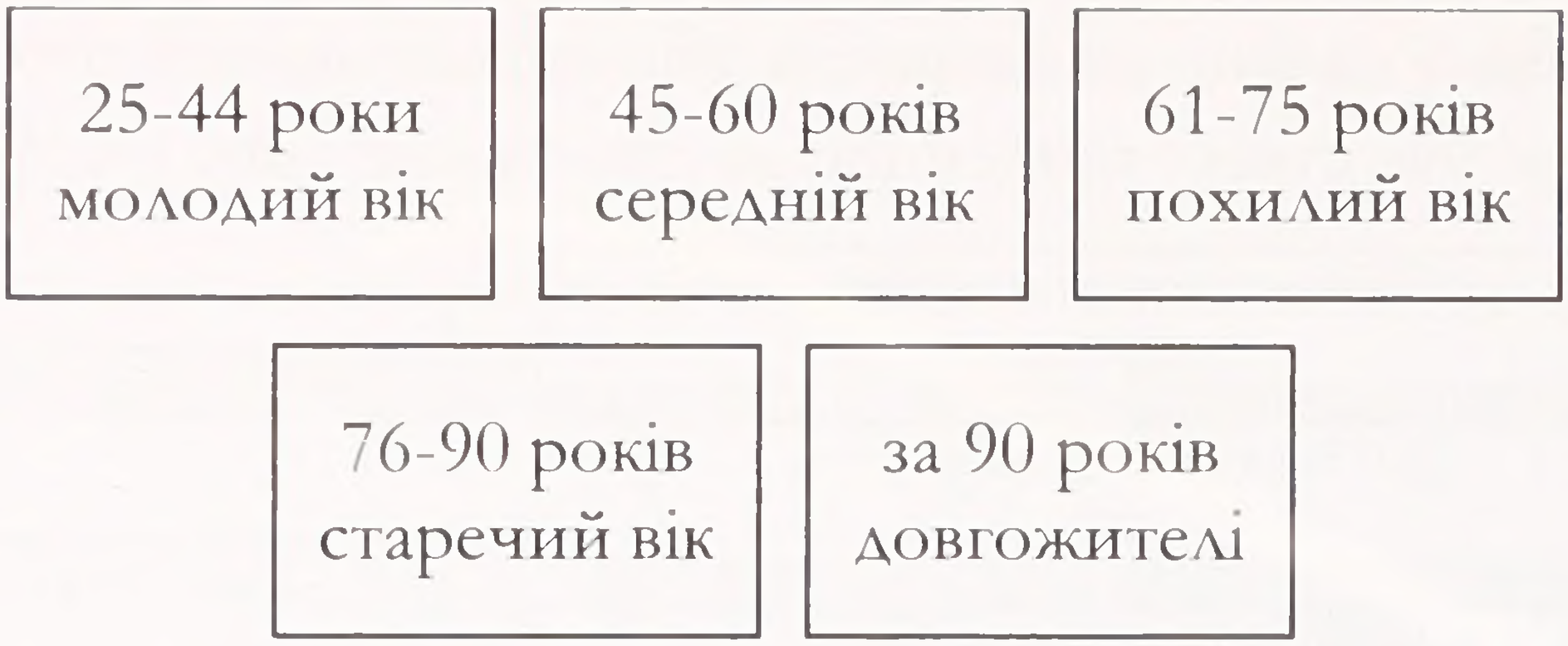


Рис. 1.1.1 Вікова класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я

Проблеми, пов'язані зі старінням населення, найгостріше проявляються у розвинених країнах, де все менше народжується дітей, а високі стандарти життя, поліпшення медико-соціальної допомоги дозволяють забезпечувати успішний процес довголіття для людей похилого віку не тільки на сучасному етапі, але й за прогнозами науковців – у майбутньому.

Примітка!

За даними ООН у 2019 р., вперше у світовій історії виявлено, що на нашій планеті кількість людей похилого віку вже перевищує кількість народжених дітей: близько 705 мільйонів людей досягли 65-річчя і тільки 680 мільйонів дітей – 5-ти річного віку. На думку вчених, які займаються проблемами старіння, у недалекому майбутньому суттєво зростатиме кількість людей, які житимуть понад 100 років: із 320,0 тис. у 2016 р. до 3,5 млн. у 2050 р. Вже зараз кожну секунду дві людини у світі відзначають своє 60 річчя, а протягом року таких осіб нараховується понад 58 млн. осіб.

Щодо України, то динаміка збільшення людей похилого віку також має стійку тенденцію до зростання (див. рис.1.1.2):

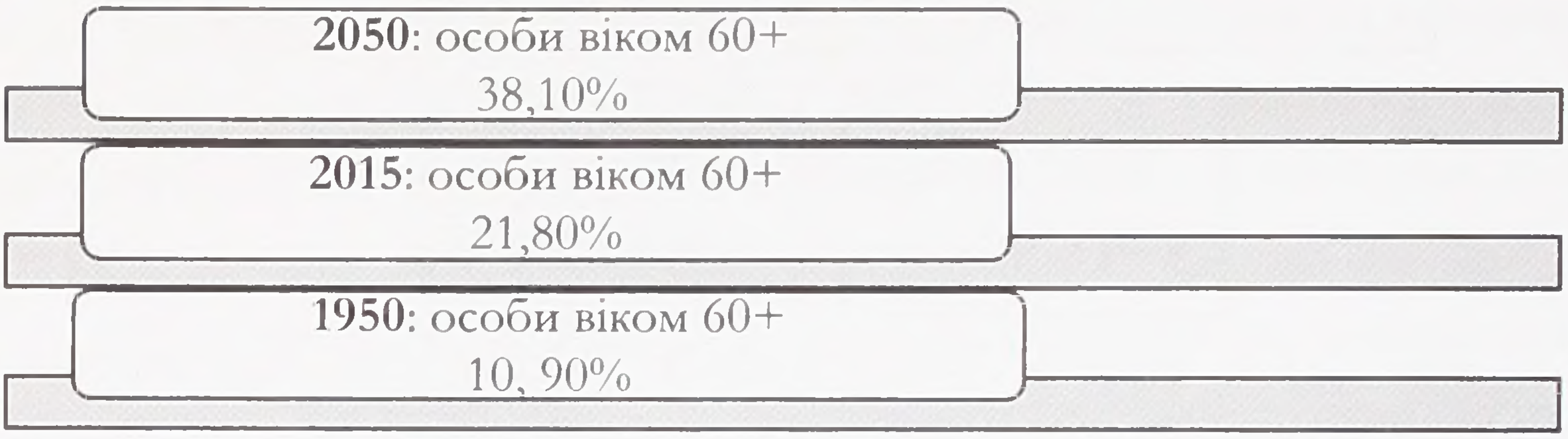


Рис.1.1.2. Динаміка зростання вікової групи 60+ в Україні

Соціально-економічні наслідки демографічного старіння пов'язані, насамперед, із скороченням чисельності осіб працездатного віку та збільшенням кількості осіб пенсійного віку, що приводить до зростання податкового навантаження на працюючих осіб, збільшенням попиту на специфічні соціальні та медичні послуги, спричинені необхідністю домашнього догляду тощо.

Примітка!

Стратегії щодо адаптації суспільства до старіння розробляють як окремі держави, так і міжнародні організації, серед яких провідними є:

- ✓ *Організація об'єднаних націй (далі – ООН)*
- ✓ *Всесвітня організація охорони здоров'я (далі – ВООЗ)*
- ✓ *Міжнародна організація праці (далі – МОП)*
- ✓ *Організація економічного співробітництва та розвитку (далі – ОЕСР)*

✓ *Світовий банк та Міжнародний валютний фонд (далі – МВФ)*

Основні міжнародні документи, які визначають ключові стратегії щодо вирішення проблем, пов'язаних із старінням населення:

– 1982 р. – Перша Міжнародна Асамблея ООН зі старіння, де було прийнято «Віденський план» із привернення уваги до проблем старіння населення у світі;

– 1991 р. – Генеральна асамблея ООН, яка затвердила «Принципи ООН для літніх людей»;

– 1999 р. – ВООЗ ініціювала Глобальний рух з популяризації активного старіння;

– 2002 р. – «Рекомендації з політики активного старіння» ВООЗ як інструкції із розробки політики для забезпечення якості життя людей похилого віку (наразі найбільш популярна політична концепція у країнах Євросоюзу);

– 2002 р. – Друга Міжнародна Асамблея ООН зі старіння (Мадрид), де було прийнято Політичну декларацію та Мадридський міжнародний план дій щодо старіння населення (The Madrid international plan of action on ageing – MIPAA);

– 2002 р. – прийняття міжнародних документів у сфері захисту прав людей похилого віку:

1) Регіональна стратегія реалізації Мадридського плану з проблем старіння;

2) Берлінська декларація «Суспільство для людей усіх вікових груп у регіоні ЄЕК ООН».

Діяльність МОП спрямована на дотримання прав людей похилого віку та протидію щодо їх дискримінації на ринку праці. З цією метою у 1980 р. прийнято документ «Рекомендації для працюючих літніх людей» (1980 р., № 162) як своєрідний орієнтир для розробки нормативно-правових документів у цій сфері.

Примітка!

У Республіці Корея прийнято закон, який зобов'язує наймати мінімум 3% персоналу віком 55 років і вище. Крім того, «Законом зі сприяння зайнятості людей старшого віку» передбачається більше 70 видів зайнятості, які становлять пріоритет найму для людей 55+ Загалом, законодавство 29 країн світу забороняє пряму або непряму дискримінацію за віком.

Типова Стратегія універсального інструменту адаптації політики до вирішення проблем, пов'язаних зі старінням населення включає такі кроки:

1) збільшення пенсійного віку;

2) розширення вимог до обов'язкового трудового стажу;

3) гнучкі поетапні графіки виходу на пенсію;

4) відміна обов'язкового пенсійного віку;

5) фінансові стимули на робочому місці після досягнення пенсійного віку;

6) оновлення наявних знань для професійної діяльності.

Примітка!

Наразі пенсійний вік становить 65 років як для чоловіків, так і жінок на Кіпрі, у Нідерландах, Фінляндії, Швеції, Іспанії, Португалії, Данії, Ірландії, Словенії, Польщі (60 р. – для жінок), Великобританії (60 р. – для жінок), Німеччині, Греції (60 р. – для жінок), Італії (60 р. – для жінок), Люксембурзі. Пенсійний вік у Норвегії та Ісландії становить 67 років. Німеччина, Великобританія, Франція і Нідерланди планують збільшити час виходу на пенсію до 67 років у наступні 20 років.

Слід зазначити, що тільки у кінці XX ст. розвиток професійних знань та практичних навичок почав визначатися як основний пріоритет європейської політики для людей похилого віку. Поступово, провідні країни світу перейшли до формування необхідної системи освіти через створення Університетів третього віку: 1996 р. – проведення заходів у рамках «Європейський рік освіти впродовж життя»; 2000 р. – прийняття Меморандуму «Про важливість освіти протягом життя»; 2007 р. – затвердження Плану дій «Про утворення навчального простору для дорослих», що допомогло створити перші Університети третього віку.

Примітка!

Європейський Союз поставив за мету збільшити частку дорослих, охоплених освітньою діяльністю з 9,3% у 2010 р. до 15% у 2020 р.

Скандинавські країни почали процес освіти дорослих ще до 2000 р. Так, у Швеції була ініційована «Ініціатива освіти дорослих» (1997–2002 рр.), у Фінляндії – «Національна програма старіння

1998– 2002 рр.» та «Національна ініціатива для людей похилого віку, що працюють» у Норвегії 2001–2005 рр.

Практично у всіх розвинених країнах вже діють університети третього віку, що пропонують програми навчання, які адаптовані до потреб людей похилого віку. На рівні бізнесу деякі держави надають фінансові стимули роботодавцям для створення відповідних навчальних програм (найкраще така політика реалізується в Японії та Німеччині).

Щодо України, то для розробки та впровадження плану дій у цій сфері затверджено Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 р. (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 11 січня 2018 р. № 10-р).

Застереження, які впливають на організацію цих заходів для людей похилого віку пов'язані із:

– припиненням або обмеженням трудової діяльності;

– зниженням рівня соціальної та біологічної адаптивності;

– погіршенням самопочуття/частими захворюваннями;

– зміною ціннісних орієнтирів;

– зменшенням рівня комунікацій;

– соціально-побутовими потребами;

– психологічними проблемами.

До найбільш розповсюджених психологічних проблем відносять депресію, агресію, старече слабоумство (хвороба

Альцгеймера), оскільки саме на ці захворювання страждає майже 15% осіб, яким виповнилося більше 60 років. Основні причини проявів означені у табл. 1.1.1:

Таблиця 1.1.1

Причини депресивної та агресивної поведінки людей похилого віку

Прояви	*Причини проявів*
Захисна поведінка	Відчуття загрози по відношенню до себе
Зниження здатності до само-обслуговування	Провокує потребу в сторонній допомозі. Усвідомлення цього стану може стати причиною роздратування та проявів агресії.
Несприйняття реальності	Супроводжується дезорієнтацією у часі, особа похилого віку поступово перестає сприймати реальність та ніби переходить у своє минуле. Спроба повернути таку людину у реальність, особливо якщо це пов'язано із негативними факторами (наприклад, втрату близької людини) може викликати не тільки хвилювання, але й відчай чи, навпаки, гнів.
Раптові дії	Провокують страх чи тривогу, що може привести до агресивних проявів.
Неправильне розуміння чи трактування подій	Люди похилого віку, які живуть з деменцією можуть неправильно зрозуміти події та проявляти агресивність чи бути надто збудженими.

Проблеми з пам'яттю	Порушення пам'яті можуть призвести до проявів насилля або агресивності.
Стрес	Може проявлятися агресія, як реакція на стрес.
Емоції	В залежності від ситуації, емоції можуть приводити до страху, гніву, розпачу тощо.
Біль	При наявності болю особи похилого віку часто стають нервовими й агресивними, особливо, якщо вони не можуть точно визначити характер болю й виразити це словесно.

Психологічні проблеми мають невтішну статистику: 11% людей, віком старше 60 років, потребують допомоги психолога та 20% осіб у віці, старше 80 років, у тому числі хворих на деменцію.

Примітка!

Згідно визначення Dementia Society of America поняття «деменція» слід розуміти не як назву специфічної хвороби, а скоріше, як описовий термін для збору симптомів, які можуть бути викликані низкою порушень, що впливають на мозок людини.

У людей похилого віку, через деменцію, значно погіршуються інтелектуальні здібності, емоційний контроль, спостерігаються розлади поведінки чи психіки (поява марення чи галюцинації). Проте, найбільш поширеним симптомом деменції визначається саме втрата пам'яті (Dementia Society of America, 2019).

Примітка!

Поняття «деменція» визначається науковцями як важкий розлад інтелекту (точніше, як розлад його когнітивних функцій). Тобто, це синдром (хронічний або прогресуючий), що викликається різними захворюваннями головного мозку, які впливають на пам'ять, мислення, поведінку і здатність виконувати повсякденні дії.

Ще одне поширене визначення деменції – набуте слабоумство при якому відбувається розпад психічних функцій через ураження головного мозку.

До проявів деменції відносять порушення пам'яті, втрату мислення та навичок орієнтації в часі й просторі, нездатність зосередитися, погіршення мови, що приводить до низької здатності самостійного функціонування: від незначних розладів до розладів, що перешкоджають нормальному руху в повсякденному житті. Зазвичай, на ці порушення накладаються проблеми в емоційній сфері (тривожність, депресія, апатія) і в поведінці (агресія, безцільні переміщення тощо).

За даними міжнародної Доповіді ВООЗ: «Деменція: пріоритети громадського здоров'я» (2010) існують невтішні прогнози щодо поширеності цього захворювання. Якщо в 2010 р. у всьому світі на деменцію страждали 35,6 млн. осіб, то через 20 років це число зросте вдвічі, і вже в 2030 р. буде складати 65,7 млн. осіб. Загалом, щорічно число нових випадків деменції наближається до 7,7 млн, що відповідає одному новому випадку за кожні чотири секунди.

Примітка!

В Україні, за даними досліджень Інституту геронтології, втратою мислення, пам'яті та орієнтації уражена кожна 10-та особа, яка досягла пенсійного віку. Однак цей термін не є надто поширеним у нашому суспільстві. Деменцією часто називають хворобу Альцгеймера (поширена назва як «старечий маразм») або синдром Паркінсона, хоча вони є тільки формами деменції.

Цього невиліковного стану може зазнати кожний, незалежно від віку, статі, освіти, професії, рівня життя. Наприклад, на хворобу Альцгеймера страждало багато відомих людей, серед яких колишній президент США Рональд Рейган, «залізна леді» Маргарет Тетчер, актори Шон Коннері, Анні Жирардо, Пітер Фальк та Ференц Пушкаш (легендарний угорський футболіст), а в Кассіуса Клея (боксер) діагностували синдром Паркінсона.

Крім цього, ознаки деменції можуть проявлятися в осіб з алкогольною залежністю (10-20%), при черепно-мозковій травмі (10-20%) серед хворих на СНІД (1%) тощо.

Слід пам'ятати, що деменція не виліковна. Медикаменти можуть лише пом'якшити симптоми захворювання, але зупинити її розвиток неможливо.

Для поліпшення якості життя людей, які живуть з деменцією та їх родин, на думку експертів у сфері громадського здоров'я та соціальної роботи, потрібно здійснити такі кроки:

– призвести законодавство у сфері охорони здоров'я та соціальної роботи у відповідність до діючих міжнародних документів;

– організувати систему підготовки, перепідготовки, підвищення кваліфікації працівників з метою забезпечення

професійного догляду та підтриманого проживання в домашніх умовах;

– розвивати спроможність служб та закладів для надання необхідних послуг за місцем проживання людей, які живуть з деменцією;

– підвищувати рівень інформованості населення про людей, які живуть з деменцією та послуги у цій сфері;

– вдосконалювати системи моніторингу надання послуг для людей, які живуть з деменцією та оцінювання їхньої якості.

Клінічні характеристики основних форм деменції

Розвиток деменції носить поступовий характер, нерідко доволі складно визначити її початок, оскільки за симптомами можна сплутати з іншими хворобами (депресія, недостатність роботи щитовидної залози, наявність пухлини мозку тощо). Тому її виявлення потребує складної медичної діагностики та відповідних процедур.

Розвиток деменції може бути пов'язаний із різними захворюваннями, серед яких: хвороба з тільцями Леві; хвороба Піка; інсульт; хвороба Паркінсона; автоімунні захворювання (розсіяний склероз, червоний вовчак); алкоголізм; пухлини; важка ниркова та печінкова недостатність; у молодому віці хвороба Хантінгтона; хвороба на СНІД та хвороба Альцгеймера. Особливості лікування деменції прописані у Клінічній настанові для медичних працівників.

Примітка!

Клінічна настанова (Clinical practice guidelines) – це документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблених з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, що має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.

Діагностичні критерії деменції визначені у спеціальному Клінічному протоколі ВООЗ під назвою МКХ-10, де йдеться про наступне:

- ✓ порушення пам'яті (вербальної або невербальної), яка проявляється у неспроможності до запам'ятовування нової інформації;
- ✓ когнітивні порушення, які проявляються на фоні ясної свідомості;
- ✓ погіршення процесів міркування та мислення (планування, сприйняття отриманої інформації тощо);
- ✓ порушення самоконтролю над емоційною сферою;
- ✓ зміни у соціальній поведінці.

Форми деменції:

1) втрата пам'яті
2) погіршення мови
3) порушення орієнтації
4) зміни в психічній структурі
5) труднощі в спілкуванні/в побутовій діяльності
6) можливе нехтування власними потребами

7) психіатричні симптоми (апатія, депресія або психоз)

8) особлива поведінка (агресія, порушення сну або розгальмована статева поведінка, хоча вона не відноситься до типового прояву деменції).

Примітка!

Швидкість прогресування деменції залежить, перш за все, від індивідуальних особливостей людини.

Адже, кожна людина є унікальною, відповідно, протікання деменції може суттєво відрізнятися у різних випадках або набувати певних відмінностей щодо поведінки, труднощів при ходьбі чи спілкуванні, наявності галюцинації, фізіологічних проявів (нетримання сечі) тощо.

Вплив деменції на людину може посилюватися особистими обставинами, такими як зміна фінансового статусу, місця проживання чи втрати близької людини.

Деменція не завжди помітна для родичів чи соціальних робітників на ранніх стадіях розвитку. Часто, навіть дуже близькі люди вважають, що це нормальний та невід'ємний процес старіння або прояви негативних рис характеру людини.

Необхідно звернути увагу, що між різними формами деменції не існує чітких меж, досить часто спостерігаються їх змішані варіанти, що у цілому, негативно впливає на якість життя людей похилого віку.

З метою раннього виявлення проявів деменції та її профілактики заклади охорони здоров'я впроваджують послуги *ерготерапевта.* До основних засобів терапевтичного впливу відносять організацію вироблення практичних навичок

самообслуговування, організацію дозвілля, розвиток комунікацій тощо.

Загалом, робота ерготерапевта має на меті не тільки запобігання розвитку деменції, але й вчасне виявлення незадоволених потреб (психічного й фізичного характеру), проведення профілактики супутніх психічних захворювань та покращення якості життя у цілому.

Примітка!

Професія ерготерапевта належить до професійної групи 2229.2 «Інші професіонали в галузі медицини (окрім сестринської справи та акушерства)» Класифікатора професій ДК 003:2010, а асистент ерготерапевта до групи 3226 «Фізіотерапевти та масажисти».

Кваліфікаційні характеристики професій ерготерапевта та асистента ерготерапевта подано у Довіднику професій кваліфікаційних характеристик професій працівників України: Випуск 78 «Охорона здоров'я».

Ступені тяжкості розвитку деменції

Визначають три ступені тяжкості розвитку деменції: *легку, помірну та важку* (див. рис. 1.1.3):

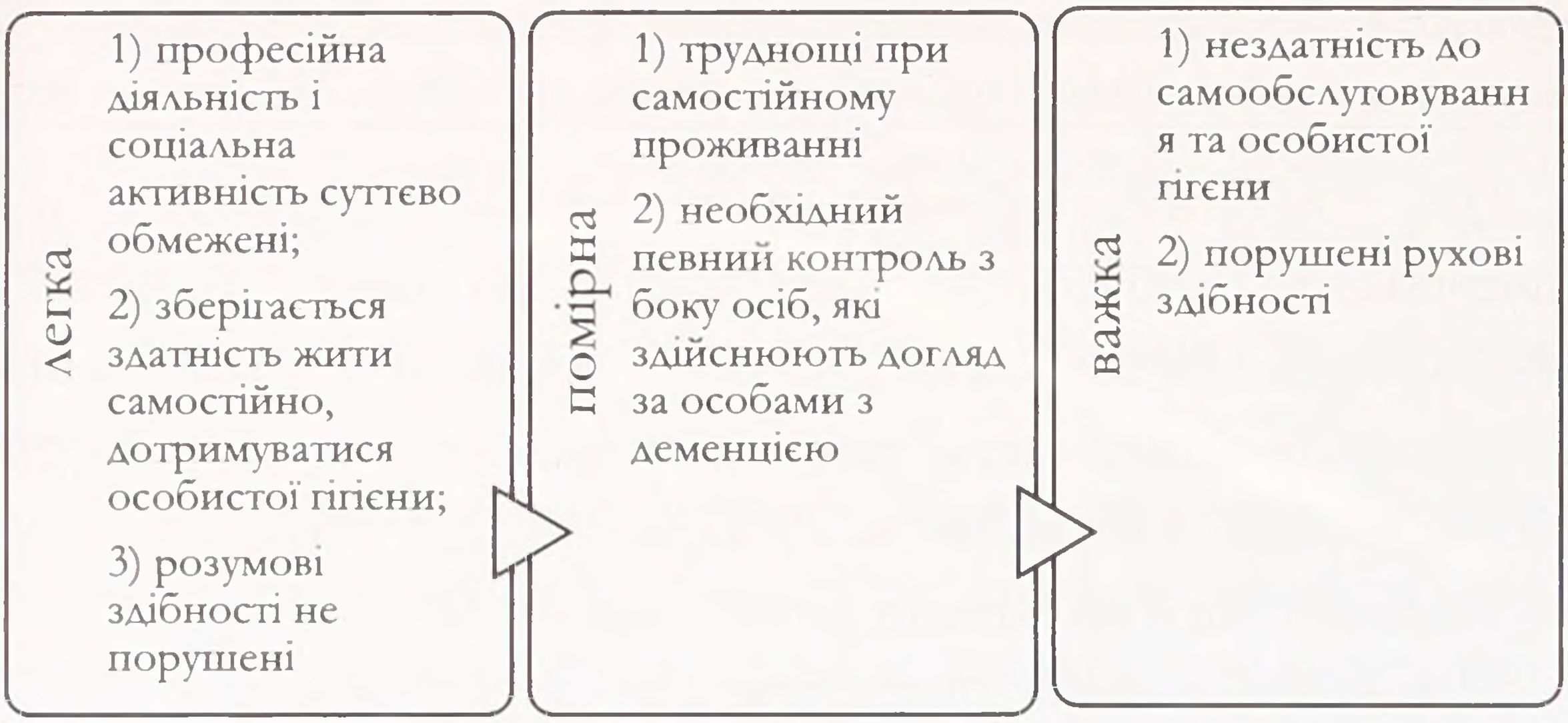


Рис. 1.1.3. Ступені тяжкості розвитку деменції

При *легкій деменції* порушені складні види діяльності людини: робота, соціальна активність, захоплення та хобі. У домашніх умовах такий хворий доволі адаптований, самообслуговування не порушується, має достатній рівень незалежності та тільки зрідка потребує сторонньої допомоги.

Примітка!

Фахівці британської благодійної організації Jewish Care зазначають, що вже при легкій деменції поведінка хворих може супроводжуватися нервовими метушливими рухами, криком чи стоном через усвідомлення того, що їх підводить пам'ять або присутній стресовий стан від великої кількості незнайомих людей. Досить часто у них спостерігається притуплення гальмівних рефлексів через пошкодження певних областей головного мозку, зміна режиму сну, відчуття невпевненості в собі та занепокоєння з любого приводу. Вони іноді ховають предмети, а потім забувають, як це

відбувалося. Вони також можуть стати дуже недовірливими через погіршення пам'яті (Making Sense of Unusual ehaviours, 2017)

При помірній деменції порушується здатність до користування побутовою технікою: кухонною плитою, телевізором, телефоном та іншими засобами. Самообслуговування, зазвичай, не порушується, але хворі часто потребують підказки та нагадування про певні дії, тому можуть перебувати на одинці лише деякий час.

При важкій деменції спостерігається формування постійної залежності від сторонніх осіб. Хворі не можуть самі себе обслуговувати, самостійно вдягнутись, приймати їжу, виконувати гігієнічні процедури тощо.

Примітка!

На першому етапі постановки медичного діагнозу «деменція» лікар проводить цілий ряд досліджень та опитувань. При цьому опитують не тільки хворого, але і його близьких родичів. Обов'язково уточнюють характер початкової стадії захворювання і призначають комплексне обстеження для визначення неврологічних точок, які формують симптоми деменції.

Остаточна постановка діагнозу можлива тільки в тому випадку, якщо порушення спостерігаються не менше 6-ти місяців. При своєчасному зверненні до лікаря є можливість скорегувати перебіг захворювання, відтермінувавши наступ його важкої стадії.

Основне завдання лікування деменції полягає у пошуку механізмів уповільнення цього процесу, зняття симптомів, особистісна та соціальна адаптація хворого, покращення якості та продовження терміну його життя.

Медикаментозна терапія є найголовнішим методом при лікуванні деменції, оскільки в деяких випадках вона дозволяє скорегувати розвиток симптомів захворювання (Кудренко Я.В., завідувач відділення № 14 ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка, 2018).

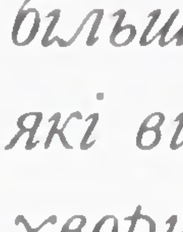
Лікування деменції включає цілий ряд вимог, які пов'язані із наступним:

1) Організація оптимального способу життя. Необхідно створити затишну домашню обстановку та подбати аби ті особи, які спілкуються з такою людиною, залишалися на усьому періоді догляду (аби усунути почуття тривоги, неспокою й збудження). Поява нових людей може спровокувати негативні ситуації для пацієнта та спровокувати прискорений розвиток деменції. Важливо скласти чіткий розпорядок дня із обов'язковим виділенням достатнього часу для нічного відпочинку.

2) Забезпечення рухової активності. На ранніх стадіях захворювання важливо забезпечувати умови для рухової активності. Це можуть бути прогулянки по улюблених місцях, нескладна робота в саду або на присадибній ділянці, лікувальна фізкультура тощо.

3) Організація харчування. До раціону слід вводити продукти, які понижують рівень холестерину (мигдаль, авокадо, ячмінь, бобові, чорниця, рослинне масло). Дозволені кисломолочні продукти, нежирні сорти м'яса й птиці, нежирна риба, морепродукти, квашена капуста. Готувати їжу краще на пару, також її можна запікати або варити. Особливі застереження

стосуються солі, яку слід використовувати в мінімальній кількості. Обов'язковою умовою є вживання води із розрахунку 30 мл на 1 кг ваги на добу.



Примітка!

Деменцію складно діагностувати та лікувати, але якщо рідні, які живуть з особою похилого віку, будуть достатньо уважними, то перші прояви деменції можна виявити вчасно. Для цього слід звернутися до сімейного лікаря, оскільки саме він добре знає пацієнта та його попередній стан здоров'я, але остаточний діагноз ставить психіатр чи психіатр-геріатр.

На початку обстеження проводяться когнітивні тести, але вони, як правило, не дають 100% підтвердження діагнозу про деменцію. У більшості випадків, після цього проводяться вже лабораторні тести, які визначені у Клінічному протоколі високоспеціалізованої допомоги хворим на деменцію (доступно: https://www.umj.com.ua).

Обов'язкові тести стосуються визначення формули крові та кількості електролітів, також проводяться аналізи щодо роботи нирок, печінки, щитоподібної залози, визначається рівень цукру в крові, вітамінів B12 і фолієвої кислоти. Сюди також входить комп'ютерна томографія кори головного мозку (детально: https://life.pravda.com.ua)

Загалом, при дотриманні всіх призначень лікаря можна сповільнити прогресування деменції та суттєво поліпшити якість життя такої людини. Хоча, найбільш цінною в даному випадку, є увага близьких людей. Якщо хвора людина самотня, то їй потрібна організація послуги догляду з боку соціальних робітників або мультидисциплінарної команди.

Надання послуги догляду потребує знань та практичних навичок з питань, які пов'язані із незвичною поведінкою на різних стадіях деменції та шляхів налагодження міжособистісного спілкування. Це дуже важливо, оскільки така поведінка досить часто приводить до негативних наслідків взаємодії між людиною, яка живе з деменцію та особою, яка виконує роль доглядальника. Результатом стають негативні емоційні стани (страх, апатія, агресія, розгубленість тощо) з якими доглядальнику (хтось із рідних чи соціальний робітник), без відповідної підготовки, доволі складно впоратися та успішно врегулювати ситуацію.

Найбільш поширені види незвичайної поведінки

1. Повторення дій

Люди з деменцією можуть багато разів виконувати одні й ті ж дії, робити одні й ті ж рухи та ставити одні й ті ж запитання. Медики іноді називають подібну поведінку «персевераціею».

Примітка!

Персеверація – це психічний стан, який характеризується постійним або частим повторенням якого-небудь слова, думки, мелодії, дії.

Як правило, це виникає через поступову втрату пам'яті, тому людина, яка живе з деменцією, не може усвідомити, що вже виконувала цю дію. Нерідко трапляється так, що вона починає імітувати діяльність, пов'язану із колишніми професійними обов'язками. Такі дії можуть свідчити про те, що у цієї особи все ще зберігається потреба в осмисленій

розумовій діяльності, вона може усвідомлювати зміст щоденної діяльності.

Кожний випадок щодо повторення дій має свою специфіку та потребує відповідної реакції від доглядальника й конкретних знань щодо вирішення дій, які пов'язані із:

• *повторенням однакових за змістом запитань.* Не дивлячись на погіршення пам'яті, людина, яка живе з деменцією розуміє, що не в змозі самостійно впоратися з хворобою, тому відчуває себе незатишно та тривожиться. Доглядальнику слід проявляти такт й терпіння та підштовхувати її до самостійного вирішення різних ситуацій. Наприклад, якщо вона постійно запитує про час, то спочатку слід визначитися чи зберіглися навички користування годинником. Якщо відповідь позитивна, то краще дати їй самій подивитися на циферблат або переставити годинник на більш чільне місце для спостереження.

• *багаторазовим повторенням фраз або рухів.* Це може відбуватися, якщо людина, яка живе з деменцією, знаходиться у людному місці або коли їй стає нудно. Для вирішення ситуації можна скористатися кількома варіантами: покинути гамірне місце або піти на прогулянку, тобто обрати більш комфортне для неї середовище. Ще одна причина такої поведінки – некомфортний стан: наприклад, жарко чи холодно, відчуття голоду чи спраги. Якщо є медичні показання на те, що така особа відчуває біль або страждає від побічних ефектів прийому ліків, то слід якомога швидше звернутися до лікаря.

• *повторенням дій, пов'язаних із спогадами минулого.* Якщо людина, яка живе з деменцією повторює звичні для неї дії у минулому: наприклад, збирає речі у валізу або переставляє стільці в кімнаті, то це може свідчити про те, що вона згадала як колись готувалася до поїздки чи приймала гостей. Такі дії виникають, коли їй нудно або не вистачає спілкування чи уваги з боку близьких людей. Для вирішення цієї ситуації доглядальнику слід завести розмову на тему, яка її хвилює аби заспокоїти та допомогти згадати приємні події.

• *постійними проханнями типу «хочу додому».* Така поведінка може спостерігатися у випадках, коли людина, яка живе з деменцією, перебуває не у власній оселі, а в будинку для людей похилого віку/інтернатній установі чи у квартирі своїх родичів/доглядальника. Відповідно, незнайоме приміщення викликає почуття занепокоєння, тривоги чи страху. Важливо знати, що слово «дім» вказує про певне місце, де життя було більш щасливим та зручним, навіює спогади про родину й друзів. Якщо, в даній ситуації, така особа відчуває себе некомфортно, то слід спробувати зрозуміти й прийняти її почуття, дати зрозуміти, що вона у безпеці (тобто там, де її люблять, піклуються та забезпечують комфортне проживання).

• *постійними телефонними дзвінками доглядальнику.* Часто трапляється так, що людина, яка живе з деменцією, безпричинно телефонує доглядальнику, наприклад, пізно ввечері або вночі. Це дуже неприємне та болісне випробування

не тільки для доглядальника, але й осіб, які в цей час знаходяться разом з ним в одному помешканні. Особливо це критично, коли телефонна розмова не відбулася і через це людина, яка живе з деменцією, проявляє стурбованість чи навпаки, злість. Важливо знати, що доглядальник має право самостійно обирати чи варто відповідати на такий дзвінок. Він може відключати мобільний телефон або звук на стаціонарному телефоні. При цьому, йому не слід відчувати провини за такі дії, оскільки постійні телефонні дзвінки можуть провокувати професійне вигорання, погіршення самопочуття чи конфлікти у родині.

• *Збуджений стан.* У деяких людей, яка живуть з деменцією, може спостерігатися збуджений стан, що, в першу чергу, пов'язано з проблемами фізичного стану та проявами емоцій. Наприклад, вони відчувають голод або спрагу, страждають від закрепів, болі чи побічних ефектів у процесі прийому ліків тощо. Такі особи нудьгують, злять, хвилюються або відчувають тривогу чи дискомфорт через шум в приміщенні чи на вулиці. Інший варіант – їм може не вистачати фізичної активності. Для зміни такого стану доглядальнику слід з'ясувати причину, заспокоїти, а потім відволікати цікавим заняттям або запропонувати фізичні вправи чи інші види активності.

• *Нервова ходьба «туди-сюди».* Нервова ходьба «туди-сюди» може означати, що людина, яка живе з деменцією, хоче до вбиральні, але не може про це сказати доглядальнику. В такому випадку слід спробувати її про це запитати та, при

необхідності, відвести до вбиральні. Якщо вгамувати ходьбу не виходить, необхідно спробувати знайти простір, де в процесі ходьби вона не зможе заподіяти собі шкоду. Якщо особа раніше вела активний спосіб життя і багато ходила, то ця поведінка може вказувати на те, що їй не вистачає фізичної активності або вона хоче вийти на прогулянку. Для вирішення цієї ситуації спочатку слід допомогти такій особі надіти зручний одяг та взуття, запропонувати щось випити або перекусити, перевірити стан ніг на предмет почервоніння, набряку або мозолів тощо.

• *Нервові метушливі рухи.* Іноді деменція призводить до того, що особа починає безупинно нервово рухатися. Як й у випадку з постійною ходьбою «туди-сюди», її необхідно заспокоїти та знайти що-небудь аби зайняти руки, наприклад, м'яку іграшку для зняття напруги, загалом, слід створити спеціальну коробку з цікавими предметами, які можна перебирати руками.

• *Крик.* Людина, яка живе з деменцією, може постійно когось кликати, викрикувати одне й те ж слово, стогнати або кричати. Це може означати, що вона відчуває біль чи нездужання, або з'явилися порушення зорового сприйняття чи галюцинації. Як більш складний варіант – ушкодження головного мозку. У цьому випадку слід негайно звернутися до лікаря.

При деменції людина може відчувати самотність або тривогу; якщо у неї страждає короткочасна пам'ять, то вона

може не згадати, що доглядальник вийшов на кілька хвилин в іншу кімнату та вирішити, що його покинули самого у будинку. Вона також може страждати через усвідомлення того, що її підводить пам'ять, може бути нудно чи відчувати стрес від зайвого галасливого або людного оточення.

Якщо така людина починає скрикувати вночі, то слід спробувати залишити включеною нічну лампу аби було спокійніше спати. Також важливо проаналізувати те, як кімната виглядає вночі. Бувають випадки, коли з настанням темряви деякі предмети набувають неприємних обрисів або відкидають тіні, які можуть лякати, тому при світлі їх просто не буде видно.

Якщо людина, яка живе з деменцією кличе якусь конкретну людину, з якою спілкувався в минулому, необхідно поговорити з нею про цей період життя аби належним чином відреагувати на ті емоції, які проявляються. При цьому, слід намагатися не згадувати про події, які можуть її засмутити: наприклад, якщо особа, про яку вона запитує, вже померла або переїхала жити в іншу країну.

Притуплення гальмівних рефлексів. Буває, що людина, яка живе з деменцією саме у громадському місці (парк, магазин, аптека) починає себе вести непристойно, наприклад, роздягатися чи виявляти підвищену увагу до випадкових людей іншої статі. Важливо пам'ятати, що з розвитком деменції фізичні або сексуальні потреби не пропадають, але можуть з'являтися проблеми із їх самоконтролем. Як правило, це пов'язано із погіршенням пам'яті або через пошкодження

деяких частин головного мозку. У такій ситуації доглядальнику слід залишатися спокійним, не виявляти негативної реакції та швидко відвести хворого у відокремлене місце. Це дозволить перевірити його загальний фізичний стан: можливо щось заважає відчувати себе комфортно або є потреба відвідати вбиральню. Найголовніше – проявляти тактовність та вміти швидко переключити увагу на щось інше. Якщо така поведінка повторюється доволі часто і з нею важко боротися, то слід звернутися за порадою до спеціаліста, який займається її лікуванням.

• *Зміна режиму сну.* У багатьох людей похилого віку, які живуть з деменцією, саме вночі підвищується тривожність, тому їм буває важко заснути. Крім того, деменція часто «ламає» біологічний годинник, тому вони можуть серед ночі прокинутися, одягнутися та піти з дому. Для доглядальників ця поведінка є серйозним приводом для занепокоєння та постійно тримає у стані тривожності, що забирає дуже багато фізичних та емоційних сил. Щоб змінити таку поведінку слід подбати про те, щоб у таких людей протягом дня було багато фізичної активності та перед сном вони відвідували вбиральню.

Інший варіант – спільна прогулянка перед сном та стакан теплого молока, що допомагає її заспокоїти та спокійно покласти спати. Якщо все таки вона прокидається, варто спокійно нагадати, що в ночі слід спати та посидіти разом, поки вона не засне. У літню пору, навіть пізно ввечері або коли

починає світати легко подумати, що вже настав день, тому поруч з ліжком необхідно ставити годинник, на якому буде позначено, день зараз чи ніч. Також можна повісити більш щільні штори або затемнені жалюзі.

• *Постійне переслідування доглядальника та перевірка його місцезнаходження.* Деменція призводить до того, що у таких людей загострюється відчуття невпевненості та занепокоєння, тому можуть почати переслідувати доглядальника або ж, постійно кликати до себе. Їй може здаватися, що з моменту останнього контакту пройшло вже багато годин, навіть, якщо цей інтервал складає кілька секунд. Для неї безпека настає тільки за умови, коли поруч є доглядальник. Справитися з такою поведінкою досить непросто, але тут важливо не спілкуватися на підвищеному тоні чи занадто різко. Як варіант, необхідно знайти заняття, яке може зацікавити: погратися з улюбленим котом чи собакою, наспівати пісню або включити радіо. Також доглядальник має пам'ятати про важливість виділяти час для себе аби відпочити від постійної напруги чи переключатися на особисті види занять.

• *Втрата та ховання речей.* Люди, які живуть з деменцією іноді ховають предмети, а потім забувають, куди їх сховали. Прагнення ховати речі викликається відчуттям невпевненості в собі й бажанням зберегти в своєму житті те мале, що у них залишилося. Навіть якщо такі люди дуже дратують своєю поведінкою доглядальника, слід все одно постаратися їх заспокоїти. Не слід залишати на видних місцях важливі

документи та обов'язково зробити запасний комплект ключів від помешкання. Дуже корисно знайти й запам'ятати усі улюблені чи потаємні місця таких людей, щоб у разі чергової пропажі їх тактично «раптово виявити». Якщо вони ховають їжу, необхідно регулярно перевіряти наявні схованки та непомітно викидати продукти, які швидко псуються.

• *Підозрілість.* Людина, яка живе з деменцією, з часом, може стати дуже недовірливою. Наприклад, вона може забути, куди поклала свої речі та звинуватити у цьому своє оточення чи доглядальника. Така ситуація пов'язана із погіршенням пам'яті, що приводить до втрати здатності впізнавати знайомих людей чи когось із рідних. Для зміни такої поведінки доглядальник має його заспокоїти чи відволікти. Слід пам'ятати: хоча така інтерпретація подій не відповідає дійсності, але відчуття такої особи є абсолютно реальними. Необхідно пояснювати іншим людям, що подібні необґрунтовані звинувачення не слід сприймати надто серйозно. Проте, якщо є найменша ймовірність того, що ці звинувачення можуть виявитися правдою, не варто пропускати їх «повз вуха».

• *Безсоння та «сутінкова сплутаність».* Багато людей, яка живуть з деменцією, особливо на помірній та важкій стадіях її розвитку, саме вночі втрачають здатність ясно мислити й орієнтуватися в просторі, але найгірше, що цей стан може тривати всю ніч. Такі напади називають «сутінковою сплутаністю», оскільки на це можуть впливати розумова чи

фізична втома у кінці дня, зменшення кількості світла в помешканні, зниження потреби в сні та збій «біологічного годинника».

Контрольні запитання для самоперевірки

1. З якими змінами в організмі людини пов'язують поняття «старіння» та які його основні ознаки?

2. Визначити основні завдання геронтології як науки та її вплив на розвиток сфери догляду за людьми, які живуть з деменцією.

3. Вказати основні характеристики процесу старіння людини.

4. У чому полягає невідворотність демографічного старіння?

5. Назвати розробників стратегії адаптації суспільства до старіння та описати основні етапи їх діяльності у цій сфері.

6. Пояснити, чому продовження зайнятості людей похилого віку визначається як важливий пріоритет європейської політики на сучасному етапі.

7. Розкрити зміст Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року в Україні. У чому полягає її новаторське значення у сфері надання послуг для людей, які живуть з деменцією?

8. Вказати основні причини депресивної та агресивної поведінки у людей похилого віку.

9. Надати визначення поняття «деменції» та вказати її основні прояви.

10. Вказати причини, які приводять до стигматизації та виникнення перешкод, пов'язаних із своєчасною діагностикою та наданням медичної або соціальної допомоги людям, які живуть із деменцією та членам їх родин.

11. Які кроки необхідно здійснити з боку держави аби поліпшити якість життя людей, які живуть з деменцією?

12. Розкрити зміст роботи ерготерапевтів та їх роль у покращенні якості життя людей, які живуть з деменцією.

13. Сформулювати базові клінічні характеристики основних форм деменції.

14. Вказати ступені тяжкості розвитку деменції у людей похилого віку.

Завдання для самостійної роботи

Завдання № 1

*Прокоментуйте наведені рекомендації з позиції соціального робітника, який здійснює домашній догляд зо особою, яка живе з деменцією протягом 5-ти років та доповніть пункт, визначний *(зірочкою)*

1) Намагайтеся не забувати, що людина, за якою ви доглядаєте, не намагається вивести вас із себе спеціально, просто її сприйняття реальності може дуже відрізнятися від того, що бачите ви.

2) Деменція може позначатися на здатності людини до логічного мислення, тому вона може зовсім по-іншому сприймати речі, які усім іншим здаються очевидними.

**Порада:*

Візьміть за звичку питати себе: чи дійсно ця поведінка створює для мене проблему? Якщо, наприклад, людина почала неспокійно поводитися під час виконання певних дій (у вбиральні/ванній кімнаті чи у процесі одягання), подумайте: чи потрібно її зразу ж зупиняти чи робити зауваження?

Які ще дії з боку доглядальника можуть допомогти їй заспокоїтися?.....

3) Спробуйте поставити себе на місце людини, яка живе з деменцією. Уявіть, що вона може відчувати, якщо їй будуть докоряти чи вичитувати за незвичну поведінку.

**Порада*

Намагайтеся якомога частіше заспокоювати і підбадьорювати вашого клієнта. Не забувайте, що в основі будь-яких моделей поведінки лежить прагнення до комунікації. Якщо вам вдасться зрозуміти, що саме така людина намагається повідомити своєю поведінкою, то ви зможете набагато швидше вирішити проблему. Спробуйте зробити так, щоб вона заспокоїлася: зробіть йому / їй масаж рук, запропонуйте погладити домашню тварину, поїхати разом на прогулянку за місто.

Які ще дії з боку доглядальника можуть допомогти їй заспокоїтися?.....

4) Деякі люди починають дуже дратуватися, коли у особи з деменцією проявляється незвичайна поведінка, особливо коли вона починає багаторазово повторювати одні й ті ж дії.

**Порада*

Можливо, ви не можете усунути причину поведінки, тому що не можете розібратися в тому, що людина намагається вам показати. Для вирішення таких поведінкових проблем іноді використовують медикаменти, проте їх повинен призначати професіонал і необхідно дуже строго стежити за їх прийомом.

Які ще дії з боку доглядальника можуть допомогти їй заспокоїтися?.....

Завдання № 2

Співставити розірвані речення та з'єднати лінією ліву та праву частину речення, які на вашу думку є правильними.

1	Деменція не являється.....	... стан людини з деменцією буде погіршуватися	
2	Деменція виникає в результаті...	... розуміння того, що відбувається	
3	Одна з найбільш поширених причин деменції.....	... ураження короткострокової пам'яті	
4	Деменція – це прогресуюче захворювання, тому.....	... один випадок на 50 осіб	

5	Хвороба Альцгеймера, як правило, починається……	… підтримувати високу якість життя	
6	Деменція – це не тільки…….	… її/його діагноз (деменція)	
7	Деменція спроможна також впливати на……	… нормальна складова процесу старіння	
8	Люди, які живуть з деменцією….	… можуть продовжувати ефективне спілкування	
9	Ймовірність виникнення деменції у людей 65+ …….	… захворювань, вражаючих ряд функцій мозку	
10	З деменцією можливо….	… втрата пам’яті	
11	Людина більше, ніж……	… хвороба Альцгеймера	

Список використаних джерел

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навч. посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. – Тернопіль : Терно-граф, 2010. – 432 с.

2. Вержиковская Н. В. Образование в третьем возрасте / Н. В. Вержиковская, В. В. Чайковская // Проблемы старения и долголетия. – 2004. – № 4. – С. 543–553.

3. Деменция: приоритет общественного здравоохранения// Всемирная организация здравоохранения. – 2013. – 112 с.

4. Матеріали міжнародної практичної конференції «Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід». – 19-20 квітня 2018 року. – Київ, Україна.

5. Наказ МОЗ України від 19.07.2016 р. № 736 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при деменції» (2016).

6. Реферативний огляд: демографічне старіння в Україні на фоні загальносвітової тенденції прискореного старіння населення: реферативний огляд / уклад. : Н. В. Добра Є. О. Корнілова Ж.В. Самохіна. – Київ, 2015. – 32 с.

7. Хлєбнікова Т. «Я загубився, нічого не пам'ятаю….» [Електронний ресурс] // Міжнародний громадсько-політичний тижневик «Дзеркало тижня». – 2018. – Вип. № 8-9. – Режим доступу: https://dt.ua.

8. Фойгт Н. А. Тривалість життя в похилому віці: еволюція, сучасність, перспективи / Фойгт Н. А. – Київ, 2002. – 299 с.

9. Деменции: руководство для врачей / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина и др. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 272 с.

10. Active Ageing. A Policy Framework / World Health Organization. – Switzerland, 2002. – P. 60 . Доступно: https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/10-2018-%D1%80#n8

1.2. Феномен самотності людей, які живуть з деменцією

Самотність людей похилого віку відносять до найбільш травматичних факторів у старості та визначають як соціальний феномен, який завжди оцінюється доволі суб'єктивно. Його наявність свідчить про те, що одна людина, взаємодіючи з іншими людьми, соціальними групами чи соціальними інститутами не отримує конструктивної взаємодії та, внаслідок цього, відчуває себе самотньою й покинутою. Ця проблему обов'язково слід враховувати при проведенні оцінки потреб щодо надання соціальної послуги догляду для людей, які живуть з деменцією (через їх незвичну поведінку та різні емоційні прояви).

Науковці визначають поняття «самотність» як переживання, що викликає комплексне й інтенсивне почуття людини через певну форму самоусвідомлення і показує дисбаланс між базовою (реальною) системою стосунків та її внутрішнім світом. Розлад, який викликає це переживання, часто спонукає людину до енергійного пошуку засобів протистояння, бо самотність руйнує базові очікування та сподівання (надію) людини, тому сприймається нею як дуже небажаний стан.

Примітка!

У теорії поняття «самотність» визначають як соціальний стан, що відображає психофізичний статус людини, який утруднює встановлення нових та підтримку старих контактів й зв'язків.

Самотність у старості – це, перш за все, відсутність родичів, дітей, онуків, когось із членів подружжя, а також окреме проживання від інших членів сім'ї. Саме тому воно супроводжується відчуттям покинутості, непотрібності та втрати сенсу життя.

Самотність може виникати через:

- ✓ об'єктивну ізольованість;
- ✓ переживання тяжкого розладу особистості;
- ✓ дисгармонію з членами родини чи іншими соціально значимими людьми;
- ✓ переживання кризи власного «Я» (тоді посилення почуття власної гідності може виявитися засобом для зниження порогу самотності);

✓ добровільну самотність (ізольованість), пов'язану із екзистенційними переживаннями.

Існує багато наукових підходів до вивчення самотності, серед яких найбільш поширені: соціологічний (коли причина самотності людини не залежить від неї), психодинамічний (відсутність або брак довірливих стосунків), інтимний (відсутність емоційної близькості), загальносистемний (місце у системі та можливість для саморозвитку), когнітивний (вплив минулого та теперішнього на загальний стан індивідуума) та екзистенційними (як люди мають жити, будучи самотніми від народження).

Слід відрізняти самотність від усамітнення:

–*самотність* – це деструктивне явище, яке призводить до дезадаптації людини;

–*усамітнення* – це важливий творчий стан, який здатен формувати повноцінну самодостатню особистість.

Примітка!

Психотерапевти приділяють багато уваги феномену самотності, зокрема Карл Густав Юнг та Карл Роджерс доволі активно прагнули розкрити нове його бачення та зміст. Так, наприклад, на думку К. Г. Юнга, самотність «обумовлена не відсутністю людей навколо, а неможливістю говорити з людьми про те, що здається істотним саме для тебе або ігноруванням твоїх поглядів з боку інших».

В свою чергу, К. Роджерс стверджує, що переживання самотності породжуються індивідуальним сприйняттям дисонансу між підсвідомим «Я» і тим, як бачать це «Я» інші люди.

На думку Г. Вейса «самотність викликається не відсутністю соціального оточення, а відсутністю значущого, необхідного ставлення або системи прийнятних відносин», Р. Перлман визначає, що «самотність – це неприємне переживання, коли людський досвід у сфері соціальних відносин є дефіцитним у будь-якому сенсі», а К. Ясперс формулює це поняття наступним чином: «самотність – це розходження між реальними і бажаними відносинами з людьми, яка переживається дуже гостро та з чим не можна погодитися або прийняти».

Проаналізувавши різні підходи науковців щодо самотності, Д. Перлман та Л. Пепло відзначили, що усі вони об'єднують три концепції:

1) це результат дефіцитності/нестачі людських взаємовідносин;

2) це внутрішнє (суб'єктивне) психологічне переживання, яке не є тотожним із фактичною ізоляцією;

3) більшість теорій (за винятком екзистенційної) визначають самотність як неприємне переживання чи стан дистресу від якого (принаймні, спочатку) прагнуть позбутися.

Примітка!

Дистрес – це «шкідливий» стрес, внаслідок якого вичерпуються захисні сили організму та зриваються механізми адаптації, організм слабшає, що призводить до розвитку різних захворювань.

Соціологи Дж. Янг та А. Бек (1978) виділяють кілька видів самотності (див. рис. 1.2.1):

Рис. 1.2.1 Види самотності

1)*хронічна самотність* розвивається внаслідок неможливості встановлювати соціальні зв'язки з боку індивіда, які б задовольняли його протягом тривалого часу;

2) *ситуативна самотність* виникає внаслідок негативного впливу на індивіда значних стресових ситуацій: смерть близької людини, розрив шлюбних відносин тощо;

3) *швидкоплинна самотність*, яка характеризується виникненням короткочасних проявів самотності.

Дослідники самотності людини зазначають, що її слід розглядати як певний об'єктно-суб'єктний стан, тобто це не тільки залежність від самої людини, але й від впливу на неї зовнішніх (соціальних) зв'язків. Тобто це переживання певних соціальних ситуацій: незадоволеність якістю спілкування, самотнє проживання, статусна самотність, незадовільний стан здоров'я тощо.

Щодо людей похилого віку, то, з кожним роком життя, переживання самотності поглиблюється наступним чином:

- 76-85 років (дуже часто)
- 66-75 років (в якійсь мірі)
- 55-65 років (зрідка)

Основними причинами виникнення самотності на кожному із зазначених етапі життя виступають: погане самопочуття, знижена рухливість, когнітивні порушення, самотнє проживання або проживання в інтернатному закладі та брак спілкування.

Самотність негативно впливає на емпатію людини, що доволі часто приводить до її ізоляції, оскільки саме емпатія пов'язана із успішною комунікацією з іншими людьми чи членами родини.

Примітка!

Емпатія – розуміння відносин, почуттів, психічного стану іншої особи у формі співпереживання.

Чим нижчий рівень переживання самотності, тим ширший спектр варіативності рівня емпатії (більш детальніше подано на рис. 1.2.2).

глибоко самотні	самотні	ситуативно самотні
☐ дуже низький рівень емпатії	☐ низький рівень емпатії	☐ високий рівень емпатії
☐ середній рівень емпатії		☐ середній рівень емпатії
		☐ низький рівень емпатії

Рис. 1.2.2. Варіативність емпатії у людей похилого віку

Саме усі глибоко самотні та переважна більшість самотніх людей похилого віку мають дуже низький або низький, рідше – середній рівень емпатії.

Інший аспект самотності, як складного людського почуття, на думку М. Є. Покровського може існувати у чотирьох різних вимірах (рис. 1.2.3):

Рис. 1.2.3. Виміри самотності

Космічний вимір. Визначається як найбільш складний. Він застосовується для позначення трьох різних форм самосприйняття: усвідомлення себе як цілісної особистості (завдяки чому людина співвідноситься з природою та космосом); приналежність до містичних таємничих аспектів життя (дуже близьких до Бога або сутності буття); віра людини в унікальність власної долі. Загалом, космічний вимір самотності існує за умови, коли є хоча б одна з цих форм.

Культурний вимір. Проявляється тоді, коли люди відчувають, що їх зв'язок із власною культурною спадщиною

розірвано або коли загальноприйнята культура є неприйнятною для їх внутрішнього світу.

Соціальний вимір. Проявляється тоді, коли особистість відчуває ізоляцію від певних соціальних груп у суспільстві. Особливо важко людина переживає *соціальну ізоляцію (вигнання, неприйняття, відставка тощо).* Соціальне вигнання позбавляє людей членства в групах, які вони вважають дуже важливими і бажаними для себе. Даний тип самотності також може виникати у випадку, коли людина відчуває неприйняття з боку певної соціальної групи. При наявності космічної і культурної самотності людина переживає втрату зв'язків, а при соціальній – відчуття, що її викинуто «за борт», покинуто, не допущено або ж не оцінено.

Саму себе вона бачить як вигнанця, чужинця, одинака або зайву людину.

Особистісний (суб'єктивний) вимір. Дуже часто людині важко дати точне визначення суб'єктивним переживанням або встановити чи дійсно вона є самотньою. Як правило, визначення власної самотності – результат тривалого когнітивного процесу, в ході якого людина усвідомлює або наділяє сенсом свої особистісні переживання й узагальнює їх у цілісну категорію або концепцію.

Обмеження кола спілкування визначається об'єктивними внутрішніми та зовнішніми чинниками і складає зміст життя людей похилого віку.

Найсильніше відчувають самотність люди, які звикли бути в центрі уваги або хочуть щоб постійно цікавилися їхнім життям, а також особи, які привикли когось контролювати.

Загалом, поняття «самотність» для більшості людей похилого віку має кілька ознак, які асоціюються із заниженням самооцінки (рис. 1.2.4):

Рис. 1.2.4. Ознаки самотності людьми похилого віку

Такі люди легко втрачають соціальний контроль, їх поведінка нерідко стає надмірно нетактовною до оточуючих, саме вони досить часто потрапляють в соціальну ізоляцію й, відповідно, приречені на самотність. Відповідно, вони замикаються у собі, що надалі приводить до відчаю, страху, безвихідності, відчуття непотрібності, що може збільшити ризик виникнення глибокої депресії.

Як правило, розвиток самотності у людей похилого віку пов'язаний із суб'єктивними та об'єктивними причинами:

а) *суб'єктивні причини*: незадоволеність умовами життя, порівняння свого життя із життям оточуючих або своїм власним досвідом;

б) *об'єктивні причини*: кількість та якість соціальних зв'язків.

Переживання самотності є характерним для людей похилого віку, однак інтенсивність, частота, феноменальність цих переживань має індивідуально-типологічні відмінності.

Самотність для даної категорії – складне почуття, яке включає в себе сукупність різних емоційних станів, які здатні посилити негативне сприйняття своєї життєвої ситуації чи стосунків з рідними.

Існує чотири фактори, які впливають на розвиток почуття самотності у людей похилого віку:

Фактори	*Основні характеристики стану*
Відчай	✓ паніка ✓ безпорадність ✓ наляканість ✓ втрата надії ✓ покинутість ✓ вразливість
Депресія	✓ сум ✓ ізольованість ✓ жалість до себе ✓ меланхолія ✓ відчуженість ✓ сум за конкретною людиною ✓ порожнеча ✓ пригніченість
Нестерпна нудьга	✓ нетерплячість

	✓ бажання до зміни місця ✓ дратівливість ✓ не можу взяти себе в руки ✓ скутість
Самознищення	✓ відчуття власної непривабливості ✓ нікчемність ✓ відчуття власної неповноцінності ✓ соромливість/незахищеність

Самотні та глибоко самотні люди похилого віку переживають, приблизно, однакові емоції, але із різною інтенсивністю. Також у віці понад 75 років, люди все більше стикаються з такими стресами, як різке погіршення здоров'я, поява ознак більш складних форм деменції, поступова втрата близьких, друзів та знайомих.

Примітка!

Слід зазначити, що зв'язок між самотністю та деменцією наразі є орієнтовним через відсутність необхідних наукових даних та тематичних досліджень.

Самотність як медична проблема

Бостонські вчені на чолі з Ненсі Донован (директор Центру дослідження і терапії хвороби Альцгеймера, США), виставляють почуття самотності в один ряд із іншими провісниками нейродегенеративного захворювання. На їхню думку, підвищене скупчення шкідливого білка-амілоїду в головному мозку людини веде до поведінкових розладів та до більшої соціальної ізольованості.

Це пов'язано з тим, що когнітивні порушення, спровоковані впливом бета амілоїду на певні ділянки мозку, перешкоджають адекватному сприйняттю, розумінню та реагуванню на соціальні стимули і, як наслідок, взаємодії з оточуючими.

Досить часто медичні дослідження вказують на те, що самотність, певною мірою, пов'язана із захворюваннями серця та депресією.

Примітка!

Депресія – це афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки.

Нейродегенеративні захворювання – це група патологій, в основі яких лежить втрата функціональних властивостей нервової системи та загибель нейронів. Попри поширеність цих видів захворювань, ліків від абсолютної більшості практично не має.

Депресія також досить часто супроводжує людей похилого віку, але не є нормальною складовою життя. Депресія в старшому віці проявляється не як сум та пригніченість, а як брак сил й небажання виходити з дому та спілкуватися з іншими людьми. Факторами ризику розвитку депресії в старшому віці є хронічні хвороби, гормональні порушення, самотність і брак вітаміну B12, а також прийом низки лікарських препаратів.

Самотність та деменція

Вітчизняні дослідники В. Т. Грубляк та В. В. Грубляк класифікують *причини самотності*, що найчастіше зустрічаються серед людей похилого віку (рис. 1.2.5):

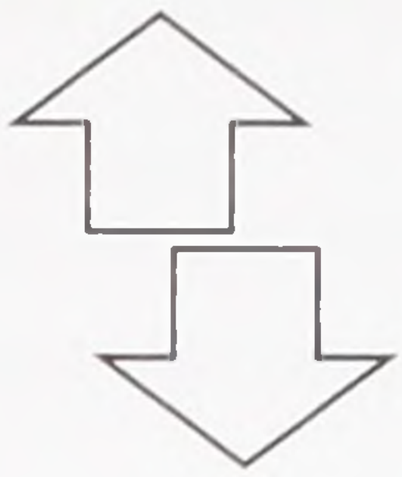


Рис. 1.2.5. Класифікація причин самотності

Прямі причини (коли самотність викликана конкретними обставинами життя):

1) *самотність внаслідок соматичних захворювань*: погіршення або втрата зору і/або слуху, мови, пам'яті, наслідки інсульту тощо; порушення спілкування і зв'язку із зовнішнім світом (інформаційна блокада);

2) *втрата близьких людей*;

3) *самотність як результат відчуття провини* і «як само покарання» (коли людина звинувачує себе в чомусь і свідомо позбавляє себе спілкування з іншими людьми);

4) *соціальна відчуженість, ізоляція* через соціально-економічні чинники, прояви ейджизму (дискримінацією за віком) тощо;

5) *екзистенціальна фрустрація.*

Непрямі причини (коли поведінка індивіда приводить до негативних наслідків, які, в свою чергу, викликають виникнення самотності):

1) *заперечення старості* і, відповідно, посилення соматичних захворювань або психологічних проблем внаслідок стійкого небажання звертатися до профільних фахівців (лікаря і/або психолога);

2) *уникнення спілкування* внаслідок страху непорозуміння та знехтування особами з найближчого оточення або фахівцями соціальних/медичних служб;

3) приховування від лікаря ряду ознак захворювань (внаслідок страху постановки психіатричного діагнозу і подальшої госпіталізації до психіатричної лікувальної установи або ж необхідності дорогого вартісного лікування, на яке не має фінансів);

4) *острах розголосу і ганьби* через те, що найближчому оточенню стане відомий діагноз захворювання (старечий маразм, деменція та ін.);

5) *недовіра до лікарів та небажання до звертатися до медичних закладів* внаслідок пережитих випадків відмови у лікуванні (іноді медики пояснюють, що не має необхідності в призначенні старим людям повноцінного лікування, оскільки через вік хворобу вже не можливо усунути);

6) *небажання створювати проблеми близьким* через свої психологічні або фізичні проблемами і/або небажання посвячувати в свої проблеми сторонніх осіб;

7) *фаталізм* (коли людина вірить в те, що вона не може впливати на ситуацію).

Самотність може бути сигналом про зниження інтелекту людини або свідчити про підвищений ризик виникнення деменції.

Вирішення проблем самотності можливе через створення широкого кола спілкування із різними людьми. Також на це впливає наявність сім'ї: той, хто живе з сім'єю, в середньому, вдвічі менше ризикує захворіти на деменцію, ніж той, хто живе один. Ризики самотності та соціальної ізоляції є більш глибокими саме для людей, які живуть з деменцією.

Загалом, причини самотності та ізоляції у людей похилого віку з деменцією різноманітні, але саме стигма може відігравати значну роль у цьому процесі (рис 1.2.6):

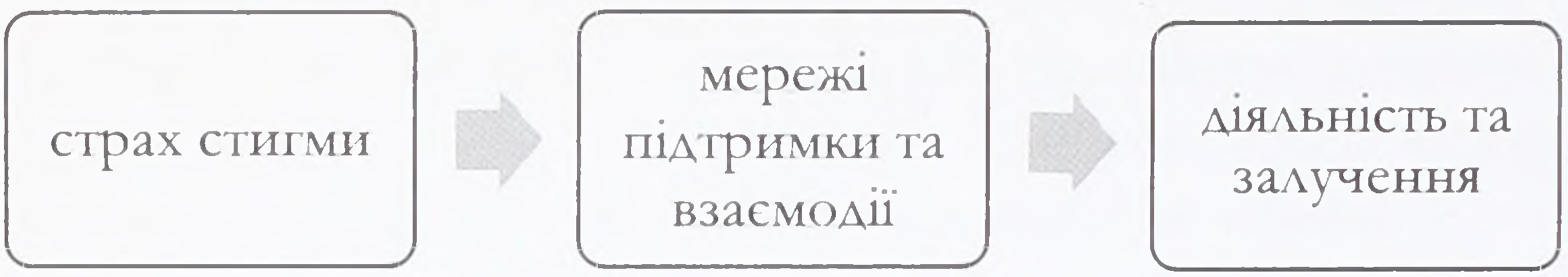


Рис. 1.2.6. Причини самотності та ізоляції у людей похилого віку, які живуть з деменцією

Страх стигми.

Часто відчувається недостатня поінформованість щодо деменції і недостатнє розуміння цього стану, що призводить до стигматизації та виникнення перешкод для діагностування й надання необхідної медичної допомоги людям похилого віку.

Примітка!

Стигматизація (старість як клеймо) – позиція суспільства відносно старості, яка полягає у негативній установці відносно цього періоду життя людини похилого віку.

Стигматизація проявів деменції призводить до того, що люди, які живуть з деменцією, стають дедалі більш ізольованими і відчувають певний дискомфорт у процесі комунікацій. Страх перед стигматизацією, засудженням та відсутністю впевненості щодо позитивного сприйняття може перешкоджати їх взаємодії з іншими людьми (родичами, друзями, сусідами). Загалом, стигма, що супроводжує людей похилого віку, які живуть з деменцією, може призвести до втрати добрих стосунків, дружби або ускладнити формування нових відносин. Тому необхідно формувати позитивний імідж таких людей в суспільстві та надавати необхідну інформацію про особливості цього стану та незвичної поведінки.

Мережі підтримки та взаємодії

Для багатьох самотніх людей похилого віку, які живуть з деменцією, життєвою необхідністю є підтримка родини та друзів. Але часто бувають випадки, коли їхні друзі чи родина живуть занадто далеко, щоб регулярно навідувати чи здійснювати догляд в домашніх умовах.

У доповіді британського товариства «Альцгеймер» про самотність людей, які живуть з деменцією (Великобританія, 2013 р.) було виявлено, що кожна десята опитана особа розмовляє з друзями та членами родини віч-на-віч рідше, ніж

один раз на два тижні, що є поганим показником. Справа у тому, що цей тип контактів є дуже важливим, оскільки розмови дають візуальні та чуттєві підказки, що допомагає таким людям легше формувати спогади та бути більш активними у соціумі.

Якщо контакт віч-на-віч неможливий, регулярні телефонні дзвінки можуть допомогти. Однак, якщо людям, які живуть з деменцією, важко підтримувати розмову по телефону або вони самостійно з цим не справляються – це може ускладнити розмову, а шанси на соціальну ізоляцію та самотність будуть зростати.

Дане дослідження також виявило, що відсутність сусідської підтримки може посилити почуття соціальної ізоляції, враховуючи, що люди, які живуть з деменцією можуть потребувати вирішення нагальних потреб, коли сім'я та друзі живуть на далекій відстані.

Діяльність та залучення

Припинення регулярної активної діяльності також може сприяти розвитку феномену самотності у людей похилого віку, які живуть з деменцією та посилити соціальну ізоляцію. У доповіді британського товариства «Альцгеймер» про самотність людей, які живуть з деменцією (Великобританія, 2013 р.) було зазначено, що понад дві третини (70%) респондентів припинили робити те, чим раніше займалися, через втрату впевненості у собі.

Відсутність впевненості у собі призводить до втрати незалежності, оскільки люди похилого віку з деменцією

можуть відчувати занепокоєння з приводу того, щоб покинути власне житло або відчувати страх перед виходом на вулицю чи під час участі в різноманітних публічних заходах. Це, у свою чергу, призводить до соціальної ізоляції та самотності. Після того, як вони втрачають впевненість у собі, повернути їх до нормального життя вже дуже важко, тому без допомоги фахівців члени родини обійтися не можуть.

Примітка!

Основні причини розвитку деменції при самотності:

1) запалення головного мозку, яке тривалий час ігнорується пацієнтами через депресію;

2) замкнений спосіб життя;

3) відсутність навичок соціальної взаємодії, яка призводить до стагнації когнітивних процесів (слабоумство).

У таких випадках профілактика деменції спрямована на те, щоб особи похилого віку могли зберігати довіру до членів родини чи інших людей шляхом надання соціальної та психологічної підтримки з боку профільних фахівців (соціального робітника, психолога, медика тощо).

Втрата впевненості може бути пов'язана не тільки з деменцією. Наприклад, за даними вищенаведеного британського дослідження, більше 68% опитаних респондентів (людей з деменцією) перестали робити те, чим раніше займалися через думки, що вони можуть заплутатися і зробити щось не правильно. Серед людей з деменцією, які проживають у міських районах, найбільше страхів через

переживання заблукати далеко від дому, особливо коли вони користуються громадським транспортом.

У людей, які відчувають себе самотніми протягом довго часу, деменція часто розвивається у результаті цукрового діабету, гіпертонії і депресії. Окрім того, такі люди у більшості випадків – курці. Самотність може породжувати певні негативні фізичні наслідки, зокрема, перебіг в організмі більш тривалого запального процесу, що може призвести до ускладнень та розвитку серйозних видів захворювань. Отже, щоб люди похилого віку, які живуть з деменцією не були самотніми, необхідно створити широкий спектр послуг, які б забезпечили їм відновлення віри у себе, широкого кола спілкування, нових друзів для комунікацій та цікавих занять.

Контрольні запитання для самоперевірки

1. Пояснити зміст поняття «самотність» та прояви цього феномену на стан людей похилого віку, які живуть з деменцією.

2. У чому полягає різниця між поняттями «самотність» та «усамітнення»?

3. Надати перелік наукових підходів, на які опираються у процесі вивчення феномену самотності у людей похилого віку?

4. Дати визначення поняття «Дистрес» та пояснити його вплив на самотніх людей похилого віку.

5. Назвати види самотності та їх основні характеристики.

6. Описати варіативність емпатії у людей похилого віку.

7. Визначити існуючі виміри самотності та їх основні концепти.

8. Вказати, які ознаки самотності є найбільш поширеними серед людей похилого віку.

9. Вказати фактори, які впливають на розвиток почуття самотності у людей похилого віку.

10. Визначити, яким чином впливає самотність на розвиток деменції у людей похилого віку.

11. Вказати класифікацію причин самотності та розкрити їх зміст.

12. Які основні причини самотності та ізоляції у людей похилого віку з деменцією? Надати їх коротку характеристику.

Завдання для самостійної роботи

1) Скласти есе про базові потреби самотніх людей похилого віку на основі тези Еріка Еріксона: «*Неможливість щось змінити у минулому або почати життя спочатку – дратує, власні недоліки і невдачі здаються наслідком несприятливих обставин, а наближення до останньої межі життя викликає відчай*».

2) Проаналізувати теорію особистості Карла Юнга та визначити ключові проблеми людей, які живуть з деменцією на основі тези: «*Вчитися розуміти, коли сили вичерпуються та вміти шукати нові сили. Також потрібно знати, які ситуації найбільше*

виснажують той чи інший типаж та за яких умов можна створити для них комфортне перебування для навчання та розвитку».

Список використаних джерел

1. Аскарян А. Одиночество увеличивает риск развития деменции на 40% : исследование [Електронний ресурс] / Анна Аскарян // НОЖ. – 7.11.2018 г. – Режим доступу: https://knife.media/dementia-risk.

2. Грубляк В. Т. Психологічні особливості самотності в похилому віці [Електронний ресурс] / В.Т. Грубляк, В. В. Грубляк // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. КПНУ імені Івана Огієнка Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – 2011. – Вип. 143. – С. 144–154. – Режим доступу: http://es-journal.in.ua/index.php/2227-6246/article/viewFile/160799/160003.

3. Губа Н.О. Теоретичний аналіз соціально-психологічних факторів виникнення самотності. – Проблеми сучасної психології. – 2012, № 1. – С. 53-57

4. Деменція: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. – К. : [б. в.], 2016. – 112 с.

5. Журавльова Л. П. Психологічні основи розвитку емпатії людини : дис. … доктора психолог. наук : 19.00.07 / Журавльова Лариса Петрівна. – Одеса, 2008. – 469 с.

6. Тимченко О.В. Самотність як соціально-психологічне явище: основні моделі та сучасні тенденції. – Теорія і практика сучасної психології. – Випуск № 2. – 2018. – С. 70-72

7. Одиночество и болезнь Альцгеймера: что первично? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://memini.ru/discussions/27518.

8. Товариство Альцгеймера Ірландії [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://alzheimer.ie/wp-content/uploads/2018/11/Dementia-and-Loneliness.pdf.

9. Ушакова І. М. Геронтопсихологія: підручник / Ушакова І. М.– Х. : НУЦЗУ, 2014. – 236 с.

1.3. Соціальні проблеми й потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією та шляхи їх вирішення

У людей похилого віку, які живуть з деменцією досить часто спостерігаються суттєві порушення важливих когнітивних функцій (пам'ять, мислення, орієнтування, здатність до навчання, логіка, лічба, мовлення) та погіршення емоційного контролю (гнів, агресія, байдужість тощо). У зв'язку з цим, вони можуть потрапляти у складні життєві обставини, які пов'язані з конфліктами або іншими видами непорозумінь (сварки, ігнорування, ізоляція) між ними та членами їх родини або іншими близькими людьми. Більшість родичів взагалі не

мають розуміння щодо того, як слід поводитися у таких ситуаціях. Отже, існує нагальна потреба в отриманні послуги догляду з боку фахівців соціальної сфери, які б змогли не тільки допомагати самому хворому на деменцію, але й підготувати до взаємодії й підтримки його близьких. Однак, дана проблема довгий час не входила до пріоритетних напрямків діяльності Міністерства соціальної політики та відповідних соціальних служб, оскільки вважалася суто медичною проблемою.

Примітка!

В останні роки, все частіше, проблема надання послуг для людей похилого віку, які живуть з деменцією, обговорюється на рівні експертів у цій сфері. Більшість із них вважає, що основні елементи обслуговування мають включати довгострокову підтримку у процесі життєдіяльності, а також організацію догляду в домашніх умовах з боку соціальних закладів та медичних установ. Окремо постає питання підготовки фахівців, у тому числі, й на рівні мультидисциплінарних команд.

Про увагу суспільства до цієї проблеми свідчить активізація наукової спільноти та практиків. Зокрема, у 2018 році в Україні відбулася перша міжнародна практична конференція «Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід» у якій взяли участь відомі експерти, науковці та практики. Основні питання стосувалися проблем самотності та когнітивних порушень, організації соціально-психологічної підтримки осіб, які здійснюють догляд за людьми похилого віку з деменцією, підготовки фахівців тощо.

Міжнародна спільнота вже довгий час опікується цією проблемою. Про необхідність задоволення потреб людей похилого віку, які живуть з деменцією, йдеться у багатьох нормативних документах, де основна увага приділяється їхній вразливості. Загалом, саме правові документи ООН, пов'язані із забезпеченням якості життя людей похилого віку з деменцією, після ратифікації, отримують обов'язкову силу на міжнародному рівні. Базовими документами у цій сфері є не тільки міжнародні, але й галузеві документи, які затверджені українським законодавством, серед них:

1.Загальна декларація прав людини (1948)/ Стаття 25 (1) визначає: «Кожна людина має право на рівень життя, достатній для здоров'я і благополуччя його самого і його сім'ї, включаючи їжу, одяг, житло і медичне обслуговування і необхідні соціальні послуги, а також право на безпеку».

2. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2016)/ Стаття 1 вимагає від урядів «заохочувати, захищати і забезпечувати повне і рівне користування всіма правами людини і основними свободами усіма особами з інвалідністю, а також заохочувати повагу їх властивої людині гідності». В документі зазначається, що усі без винятку особи з інвалідністю, мають право на повноцінне життя в суспільстві, на достатній дохід й право на здоров'я.

Примітка!

В даній Конвенції визначається, що до осіб з інвалідністю належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими, що дозволяє у цю групу включати й людей похилого віку, які живуть з деменцією.

3. Стратегія державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року (2018 р.)

Документ визначає пріоритетні напрямки роботи щодо забезпечення якості життя та захисту прав громадян похилого віку шляхом надання послуг із профілактики передчасного старіння, негативних когнітивних та емоційних змін і втрати здатності до самообслуговування.

4. *Наказ Міністерства соціальної політики №537 «Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати» (2012 р).*

Відповідно до змісту цього документу для людей похилого віку з деменцією та членів їх сімей можуть надаватися різні соціальні послуги в залежності від виявлених потреб, зокрема, догляд вдома, паліативний догляд та натуральну допомогу (див. рис. 1.3.1):

Рис. 1.3.1. Зміст соціальних послуг для людей похилого віку, які живуть з деменцією

Однак, організаційні зміни системи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (2011-2018 рр.) та перехід до надання соціальних послуг через соціальне замовлення в об'єднаних територіальних громадах (далі – ОТГ) призвели до руйнації старої моделі соціальної роботи в цілому. В результаті, у дуже багатьох ОТГ, відчувається серйозний дефіцит фахівців, які б могли забезпечити необхідний рівень надання послуг, зокрема, для людей похилого віку, які живуть з деменцією.

Примітка!

За даними Інституту соціальних досліджень (2018 р) 80 % осіб, старших за 75 років відносяться до категорії людей, які потребують сторонньої допомоги в обслуговуванні. Тобто державі потрібно сформувати потужну мережу закладів та установ, які

будуть спроможні забезпечити відповідними послугами усіх людей похилого віку, які мають у цьому потребу.

Інше важливе питання стосується підготовки інструментів для проведення оцінки потреб людей похилого віку, які живуть з деменцією, оскільки поняття потреб у них бувають суб'єктивним або не зовсім адекватними. Відповідно, дуже важливо аби ця оцінка опиралася не тільки думку отримувачів послуги та членів їх родин, але й фахівців/спеціалістів, які залучаються до надання. Інший аспект – необхідність комплексного підходу з обов'язковим обстеженням фізичного, соціального та психологічного здоров'я, що потребує створення мультидисциплінарної команди у складі соціального робітника, психолога та медика чи медичної сестри.

Примітка!

Нідерландські вчені стверджують, що найбільш поширеними незадоволеними потребами, про які повідомляють люди з деменцією та їх оточення є: втрата пам'яті (10,2%), нестача інформації (9,9%), психологічні розлади (4,9%). Щодо осіб, які виконують роль доглядальників, то на їх думку, найбільш гострими є потреби у заходах із відновлення пам'яті (32,5%) та проведення відповідних денних занять (16,0%) (The prevalence of dementia, 2010).

Соціальні робітники, які надають послугу догляду людям похилого віку з деменцією, мають пройти обов'язкову професійну підготовку. Якщо їхня співпраця з клієнтами та членами їх родин буде успішною, то вся родина зможе мобілізуватися, психологічно

адаптуватися до нового сприйняття проявів деменції та зберегти оптимістичні життєві установки про можливість відновлення втрачених навичок або адекватної підтримки.

Примітка!

Ознаки, що характеризують готовність/неготовність членів родини надавати ефективну підтримку близьким особам, які живуть з деменцією:

- *позитивне/негативне сприйняття особи з деменцією та наявність/відсутність бажання щодо здійснення повноцінного догляду з боку усіх членів його родини;*
- *емоційна адаптація членів сім'ї (продуктивна/непродуктивна) до проблем, пов'язаних з деменцією рідної людини;*
- *психологічний клімат сім'ї, який створює сприятливе/несприятливе середовище для емоційного стану особи з деменцією;*
- *готовність членів сім'ї (активна/пасивна життєва позиція) співпрацювати із фахівцями.*

Організаційні умови соціальної підтримки потребують узгоджених дій відповідних фахівців (лікарів, медичних сестер, соціальних робітників) на основі мультидисциплінарного підходу та взаємодії з родиною особи, яка живе з деменцією.

До основних заходів, у межах послуги догляду, відносяться:

– реабілітаційна та профілактична робота;

– медико-соціальна допомога;

– підготовка членів сім'ї до здійснення догляду за хворим на деменцію;

– психологічна підтримка особи з деменцією та членів сім'ї;

– консультативна допомога;

– рекреація.

Принципи роботи з людьми похилого віку, які живуть з деменцією:

1) пріоритетність надання послуги догляду в домашніх умовах;

2) комплексний (системний) підхід: використання різних видів й форм соціально-психологічної підтримки сім'ї;

3) адекватні (реалістичні) цілі роботи з акцентом на використання ресурсів членів родини та хворого на деменцію.

Примітка!

Особи з деменцією доволі часто здійснюють негативний вплив на свою родину, особливо за умови спільного проживання. Міжнародні експерти з цієї проблематики стверджують, що 25% осіб з числа родичів, які здійснюють їх догляд, вказують на погіршення свого здоров'я, ще 25% - на порушення соціальних зв'язків у своєму житті, у 15% виникають проблеми у власному сімейному житті, а ще 20% відзначають стрес, який складно подолати (особливо це стосується жінок, батьки яких страждають на деменцію).

Проблеми, з якими стикаються родичі, якщо з ними проживає особа похилого віку з деменцією:

1) психічні порушення (депресія, апатія, порушення сну);

2) проблеми фізіологічного характеру (стомленість, загострення соматичних захворювань);

3) фінансові проблеми (якщо хтось із членів родини змушений залишити свою роботу аби здійснювати послугу догляду вдома);

4) ризик ізоляції та емоційного виснаження.

Якість надання послуги догляду з боку доглядальника залежить від ряду факторів на які впливає його емоційний, фізичний та соціальний стан (див. рис. 1.3.2):

Рис. 1.3.2. Фактори впливу на ефективність догляду з боку особи, яка надає послугу догляду

Потреби сім'ї/родини, у якій проживає особа з деменцією

1) Інформаційна підтримка:

Від лікаря: реалістична інформація про деменцію, оскільки вчасна й кваліфікована консультація та лікування може продовжити на тривалий час повноцінне спілкування; прогноз

(щоб розуміти як реагувати на протікання хвороби та які стратегії можна використати);

Від соціального робітника: інформація про служби, які можуть надавати необхідну допомогу та послуги (державні, приватні, волонтерські тощо); спроможність супроводу осіб з деменцією (профілактика проявів психозу, немотивованої агресії тощо); підтримки особи з деменцією та її родичів, які здійснюють домашній догляд.

2) Організаційна підтримка:

Чи потрібно особі з деменцією повідомляти про діагноз?

Якщо відповідь «так», то можливі такі варіанти:

– якщо в особи з деменцією на деякий час присутнє усвідомлення свого стану, то на перших етапах вона може приймати участь у плануванні свого лікування спільно з медиками та членом родини;

– якщо ж у неї виникає бажання завершити якісь справи, наприклад побувати на могилі рідних або зустрітися з далекими родичами, то слід таке бажання підтримати;

– якщо така особа не вірить у свій діагноз (це стадія шоку та неприйняття, можливі прояви гніву, агресії), то спільними зусиллями це може відбутися через деякий час тощо.

Якщо відповідь «ні», то виникає напружена сімейна атмосфера, яка посилює тривогу, перешкоджає продуктивному обговоренню та підготовці до складних життєвих ситуацій, які краще переживати разом (усім членам родини).

Що слід робити в таких випадках:

– спланувати майбутнє особи з деменцією та членів родини (наприклад, визначитися як вона буде проживати: самостійно чи з кимось із членів родини, хто зможе її доглядати, як знайти службу чи соціального робітника для надання послуги догляду тощо);

– вирішити фінансові питання (наприклад, заповіт щодо власності на квартиру чи будинок);

– забезпечити дотримання режиму дня та необхідних занять для підтримки пам'яті;

– продумати умови, які б забезпечили безпечність перебування у домі чи на вулиці;

– продумати, як можна створити дружні умови для хорошого настрою тощо.

Сучасні шляхи вирішення проблем та потреб хворих на деменцію

Країни з низьким рівнем життя

Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією здійснюється на дуже низькому рівні. Для них відсутні денні центри догляду, існує невелика кількість соціальних працівників, які можуть надати професійну послугу. Зазвичай, цим займаються релігійні організації або родичі, які практично не розуміють причин деменції, симптомів протікання та не проводять необхідної профілактики з метою покращення когнітивних функцій, що приводить до поступової втрати активності.

Країни з високим рівнем життя

Запроваджені сучасні стратегії покращення послуги догляду з метою профілактики прогресування хвороби та протидії соціального виключення цих людей. Існують соціальні служби, денні центри, благодійні організації. Організовано догляд на дому, що допомагає отримувати належну медичну та соціальну підтримку.

Примітка!

Для прикладу, догляд за людьми похилого віку з деменцією у Франції організований органами державної влади та орієнтований на максимально довгий час перебування таких осіб у звичних домашніх умовах. Найбільше поширення одержали дві служби допомоги: «Домашній помічник» та «Сестринський догляд». Служба «Домашній помічник» організовує соціально-побутове обслуговування вдома: придбання продуктів харчування, приготування їжі тощо. Для людей похилого віку з деменцією, які не здатні самостійно справлятися зі своїми потребами за станом здоров'я, організована служба «Сестринський догляд», яка включає в себе як надомне обслуговування, так і надання долікарської медичної допомоги й послуг гігієнічного характеру.

У Німеччині важливу роль відіграють добровільні об'єднання, в першу чергу, церковні благодійні союзи і Німецький Червоний Хрест. Широке поширення отримали центри денного перебування, різні клуби для літніх людей. В даний час найбільш популярними є соціальні відділення для надання особам похилого віку соціальної, медичної, побутової допомоги.

У Польщі догляд за людьми з деменцією здійснюється установами, які підпорядковуються Міністерству здоров'я та Міністерству соціальної опіки. Доступними є опікунські послуги, які

спрямовані на опіку за особами похилого віку, проте на думку дослідників, бракує послуг саме для осіб, хворих на деменцію. У цілому, здійснення опіки над хворими з деменцією відбувається у «родинних домах», лікувально-доглядальних закладах, домах соціальної опіки, у денних психогеріатричних стаціонарах, у цілодобових психогеріатричних відділеннях, районних осередках соціальної допомоги, домах соціальної допомоги або у приватних будинках опіки. Можливим є також винайм доглядальниці, яка опікується пацієнтом на дому.

У Японії, з числа усього населення країни, найбільший відсоток – це люди, старших за 65 років (близько 24% населення). З них хворих на деменцію близько 10% та за прогнозами спеціалістів даний показник буде продовжувати зростати у майбутньому. Для них пропонуються послуги догляду на дому (візит-опіка на дому, медсестринський догляд на дому, послуги купання на дому, догляд-підтримка); послуги, які надаються протягом дня (опіка протягом дня, денні реабілітаційні послуги); послуги короткотривалого перебування; проживання, догляд у громаді тощо.

Зважаючи на те, що послуга догляду не може забезпечити весь спектр необхідної допомоги, слід подбати про різнопланові профілактичні дії на основі інноваційних підходів, які вже підтвердили свою ефективність, серед яких арт терапія, музикотерапія, різнопланові мистецькі й культурні програми тощо. Творче вираження в художній діяльності (малювання або відтворення музики) надає можливість висловлювати свої емоції, навіть коли когнітивні здібності знижуються. Деякі вчені переконують, що замість того, щоб лікувати зниження когнітивних функцій, слід розвивати творчу

діяльність як частину лікування поведінкових й емоційних проблем при деменції. Відвідування денних центрів для людей похилого віку, в яких заохочується творчість й взаємодія з іншими людьми, розглядається як можливість зменшити занепокоєння та стимулювати прояви творчих талантів. При цьому, відвідувачі цих центрів мають можливість спілкуватися один з одним та виходити за рамки звичайних обмежень, пов'язаних із розвитком деменції або інших захворювань.

Примітка!

Найперша програма з розвитку творчості та мистецтва для людей з деменцією була розпочата в Нью-Йоркському музеї сучасного мистецтва Відвідування художньої галереї з обговоренням і допоміжним керівництвом стало поширеною формою терапії для людей з деменцією, яка поступова була прийнята в різних країнах, включаючи Австралію, Великобританію, Нідерланди і Швейцарію. У деяких програмах перегляд мистецтва поєднується зі створенням виробів мистецтва.

Іншим цікавим напрямком у творчій терапії є танці, які супроводжуються музикою чи ритмом. Танець відводить від вікових границь, відновлює почуття спільності та взаємної підтримки між партнерами. Саме невербальне спілкування є основною перевагою танцю, де рух можна використовувати для заміни мови, для вираження думок, спогадів і емоцій.

Важлива роль у роботі з людьми, які живуть з деменцією відводиться оздоровчим заняттям, де обов'язковими елементами є вправи для розробки моторики за допомогою

допоміжних предметів і вправ (м'ячики, гудзики, палички, мішечки з крупою, кінетичний пісок); підтримки когнітивних й соціальних навичок (розгадування кросвордів, складання оповідань за картинками, письмове додавання і віднімання), ігри; музикальні заняття та каністерапія.

Примітка!

Каністерапія – це новий для України метод реабілітації за допомогою спеціально навчених і відібраних собак. Сам термін «каністерапія» виник у 60-ті роки XX ст. Для каністерапії собака має бути дуже кваліфікованою та спеціальним чином відібраною. Це тварина, яка є на 100% безпечною для усіх, хто може знаходитися поруч. Наразі, каністерапія визначається як дуже багатогранний напрямок роботи, оскільки успішно може застосовуватися для людей похилого віку, які знаходяться у спеціалізованих або медичних установах; хворих на онкологію або на інші тяжкі хвороби.

До інших оздоровчих занять відносяться засоби когнітивної стимуляції: активне спілкування, що дозволяє отримувати задоволення від активної участі в заняттях із одночасним тренуванням розумових здібностей; легкі фізичні вправи, які дають людині можливість відчути бадьорість та життєву силу; стимулювання органів чуття; творча та розумова діяльність для зміцнення нервових зв'язків мозку, що дозволяє адаптувати інформацію та задіювати розумові здібності. Фахівці, які працюють з цією категорією осіб, значну увагу приділяють роботі зі спогадами: уявне відновлення подій

минулого нагадує їм про досягнення та допомагає підняти самооцінку.

Примітка!

У багатьох розвинених країнах люди похилого віку ведуть активний спосіб життя, займаються спортом і підтримують гарну фізичну форму завдяки різним волонтерським ініціативам:

1) Об'єднання дитячих будинків з будинками літніх людей в Канаді

Участь у цьому проекті допомагає людям похилого віку відчути себе потрібними, оскільки через спілкування з дітьми у них покращується самооцінка та загальний настрій. Вони позитивно впливають на дітей, які мають змогу відчувати себе справжніми онуками та отримати дружні стосунки та навчитися дбайливому ставленню один до одного.

2) Програма «Хай живуть старенькі», Італія

Ця програма заснована католицькою Спільнотою Святого Егідія у 2004 р. з метою підтримки людей похилого віку 75+ та залучаючи громадськість до піклування про них в домашніх умовах, забираючи з будинків-інтернатів.

3) Програма «Літні канікули для літніх людей», США

Понад 10 тис. людей похилого віку в США, щорічно відпочивають у таборах для літніх людей. За допомогою телефонів та інших засобів зв'язку навколо кожної особи на час перебування у таборі створюється «мережа солідарності». До неї входять усі, хто її на цей час оточує: родичі, сусіди, лікарі, волонтери соціальної служби, навіть продавці місцевих крамниць. Ці люди постійно наглядають за життям старенького, допомагаючи в усіх сферах життя, підтримують із ним зв'язок та, у разі необхідності, надають термінову допомогу.

Щодо ситуації в Україні, то така робота знаходиться на стадії розвитку, оскільки довгий час робота з людьми, які живуть з деменцією, не була у зоні уваги соціальних та соціально-психологічних служб.

Міністерство соціальної політики України затвердило Державний стандарт догляду вдома (2013 р.), який визначає зміст, обсяг, умови, порядок їх надання та показники ефективності. Важливо, що до цього процесу можуть залучатися різні суб'єкти відповідного профілю, незалежно від форм власності, що суттєво впливає на можливості поширення цієї послуги для населення по всій території нашої країни. Сюди входять: надання безоплатної правової допомоги; допомога в оформленні документів, внесення платежів; допомога в самообслуговуванні (умивання, обтирання, обмивання, вдягання тощо), допомога при пересуванні по квартирі та інші дії, необхідні для вирішення основних потреб й проблем людей похилого віку, які живуть з деменцією.

Найчастіше послугу догляду вдома надають територіальні центри соціального обслуговування населення державного підпорядкування. Їхня діяльність виписана у типовому Положенні «Про територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг), де зазначено, що ці заклади «утворюються для здійснення соціального обслуговування та надання соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують

сторонньої допомоги. Послуги можуть надаватися за місцем проживання, в умовах стаціонарного, тимчасового або денного перебування», тобто максимально наближені до цільової аудиторії.

Примітка!

У територіальному центрі соціального обслуговування працюють такі відділення: соціальної допомоги вдома; денного перебування; організації надання адресної натуральної та грошової допомоги. Найбільше часу з людьми похилого віку проводять соціальні робітники, саме тому важливо, щоб їхня професійна компетентність відповідала вимогам клієнтів. Також потрібно, щоб соціальні робітники знали та розуміли, які проблеми турбують людей похилого віку найбільше та як їх можна вирішити.

На думку дослідників, до основних проблем, з якими найчастіше стикаються соціальні робітники у своїй роботі є: самотність, недостатність спілкування та проблеми зі здоров'ям, матеріальні проблеми; бідність та почуття безпомічності. Труднощі у процесі надання соціальних послуг для людей похилого віку, які живуть з деменцією, пов'язані зі складністю у комунікаціях, значним робочим навантаженням соціальних робітників та відсутністю злагодженої роботи з іншими державними установами. Ще одна складність: спілкування і взаємодія з людьми похилого віку є доволі проблематичною через їх вікові особливості та незвичну поведінку.

Територіальні центри соціального обслуговування для людей похилого віку з деменцією проводять спеціальні комплексні заняття, які спрямовані на:

– активне спілкування з одночасним тренуванням розумових здібностей;

– проведення легких фізичних вправ для покращення фізичного здоров'я (забезпечують рухливість суглобів, кровообіг, дихання, тонус м'язів тощо);

– виконання вправ стимулювання органів чуття через спогади та спонукання до реакції на подразники;

– творчу діяльність (малювання, вирізання, розмальовки) для вияву емоцій через формування задоволення від творчого процесу і його результатів;

– виконання інтелектуальних вправи із стимулювання розумової діяльності, що дозволяє тренувати пам'ять, розвивати вербальне спілкування, розбудити інтерес до читання).

Примітка!

Спілкування з людьми похилого віку, які живуть з деменцією є основною формою занять при наданні послуги догляду. Єдина засторога для практиків соціальної роботи: необхідно бути терплячими та виявляти підтримку; висловлювати зацікавленість, зберігати візуальний контакт; давати клієнтові можливість висловити свої думки. Важливо давати клієнтові час на міркування, не перебивати під час його висловлювань; також соціальним робітникам слід уникати критики клієнта; не слід вказувати на помилкові судження; сперечатися, оскільки це може тільки погіршити ситуацію.

Індивідуальна оцінка потреб клієнтів (з числа людей похилого віку з деменцією) з боку соціального робітника передбачає включене спостереження для виявлення потреб, які пов'язані з нездатністю до самостійного функціонування чи

незвичною поведінкою. У спілкуванні з ними обов'язковою умовою взаємодії є прояви емпатії, співчуття та толерантності, а також своєчасної реакції на скарги, прохання та проблеми.

Соціально-психологічна підтримка хворих на деменцію з боку доглядальників надається за певним алгоритмом:

– особистий контакт протягом дня;

– постійна підтримка та турбота;

– активне спілкування;

– організація дозвілля відповідно до фізичного й психологічного стану клієнта;

– вчасне правильне збалансоване харчування;

– постійне спостереження (нагляд) з боку професійних спеціалісті;

– моніторинг стану здоров'я.

Примітка!

Соціальні робітники, які надають послугу догляду від територіальних центрів соціального обслуговування, визначають основні потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією наступним чином: соціальна підтримка (в першу чергу, для вирішення побутових проблем); активне спілкування; своєчасне отримання інформації та її детальне роз'яснення (оскільки клієнти мають проблеми з її сприйняттям); профілактика когнітивних порушень; заняття на відновлення функцій пам'яті та організація дозвілля. Основні проблеми стосуються складнощів інтегрування людей похилого віку в соціокультурне життя та організація їхнього дозвілля й відпочинку. Як правило, на це впливає низький рівень доступності

громадської інфраструктури, вікові обмеження та негативна реакція соціального оточення.

При планування дозвілля й відпочинку пріоритет належить розвиваючим технологіям, пов'язаних із залученням літніх людей в різні види художньої, технічної і прикладної творчості, які несуть соціалізуючий вплив, розширюють можливості для самоствердження і самореалізації, соціальної адаптації. Як правило, у кожному територіальному центрі соціального обслуговування громадян похилого віку використовують:

– *бібліотерапію* як лікувальний вплив на психіку людини похилого віку за допомогою книг;

– *психотерапію* спогадами (цей метод набув особливого значення у створенні доброзичливого мікроклімату та проведення сеансів релаксації);

– *музикотерапію* (психотерапевтичний метод, який допомагає подолати психологічні проблеми).

Примітка!

Як допомогли людині з деменцією?

1) Необхідно знати, що і яким чином відбувається з внутрішнім станом людини, яка живе з деменцією (відчуття, емоції, страх, переживання тощо).

2) Не потрібно намагатися виправляти людину з деменцією, навіть якщо здається, що ця зміна поведінки може їй більше допомогти почувати себе комфортно (вона все одно ці зміни не запам'ятає, але робота над ними може завдати їй болю чи роздратування).

3) За необхідності, слід використовувати знаки та вказівники аби допомогти краще орієнтуватися їй у часі та просторі.

4) Важливо дотримуватися звичного для неї режиму дня, не потрібно вносити якісь зміни чи доповнення.

5) Слід займатися з нею тими справами, які були їй цікаві раніше або продовжують цікавити як хобі

Як стати більш дружнім до людей з деменцією?

1) Стати волонтером в організації, яка працює з людьми з деменцією.

2) Збирати кошти для організації допомоги людям з деменцією та членам їх родин.

3) Популяризувати інформацію про деменцію серед знайомих чи колег на роботі, формуючи таким чином толерантне ставлення до них та протидію щодо стигматизації.

4) Поширювати необхідну інформацію про деменцію через соціальну мережу.

Опис досвіду роботи у сфері догляду людей похилого віку з деменцією свідчить, що у більшості країн світу надається перевага догляду на дому або в будинках для людей похилого віку з окремими відділеннями для людей з деменцією. Крім цього, достатньо мало країн, де для людей із деменцією проводять необхідні когнітивні програми відновлення пам'яті та соціальну реабілітацію. Досить часто цю проблему повинні вирішувати члени сім'ї або родичі, що потребує значних фінансових витрат та відповідних практичних навичок.

Щодо України, то описаний досвід свідчить про перші кроки на шляху до створення гідних умов проживання людей похилого віку, які живуть з деменцією. Наявна статистика

вказує на велику потребу в отриманні послуги догляду, оскільки кількість таких людей щорічно збільшується.

Контрольні запитання для самоперевірки

1. У чому полягають складнощі впровадження послуги догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією з боку державних та громадських закладів та установ?

2. Назвати міжнародні нормативні документи, які визначають умови впровадження послуг для людей похилого віку, які живуть з деменцією.

3. Пояснити, що таке послуга догляду та вказати її основний зміст. Які ще соціальні послуги може отримувати дана категорія клієнтів?

4. Чи може послуга догляду забезпечити весь спектр допомоги для належного життя людей похилого віку, які живуть з деменцією? Пояснити свою думку.

5. У чому полягає складність надання постійної підтримки людей похилого віку, які живуть з деменцією з боку членів родин або осіб, які здійснюють необхідний догляд?

6. Перелічити основні ознаки, що характеризують готовність/неготовність членів родини надавати ефективну підтримку близьким особам, які живуть з деменцією.

7. Сформулювати принципи соціально-психологічної підтримки сімей/близького родинного оточення, які

здійснюють догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією.

8. Вказати основні проблеми та фактори, з якими стикаються родичі при догляді за особами, які живуть з деменцією.

9. Назвати найбільш поширені потреби сім'ї/родини, у якій проживає особа з деменцією.

10. Описати сучасні практики надання послуги догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією з врахуванням їх проблем та потреб.

11. Описати зміст, обсяг, умови, порядок надання та показники ефективності, закладених у Державному стандарті догляду вдома.

12. Розказати про організаційні засади діяльності територіальних центрів соціального обслуговування населення (надання соціальних послуг).

13. Розкрити зміст усіх послуг, які надаються територіальними центрами соціального обслуговування населення (надання соціальних послуг) та особливості проведення.

14. Вказати основні проблеми, з якими стикаються соціальні робітники, надаючи послугу догляду для людей похилого віку, які живуть з деменцією та членів їх родин.

Завдання для самостійної роботи

Визначити найбільш поширені види поведінки, які мають місце у процесі взаємодії соціальних робітників та людей похилого віку, які живуть з деменцією (*обвести потрібну цифру*)

1. Неприйняття соціальної допомоги та нарікання на відсутність підтримки з боку родини чи особи, яка здійснює домашній догляд в повсякденному житті.

2. Недовіра до соціальних робітників, нарікання на залежність від чужих або сторонніх людей.

3. Демонстрування наполегливості в отриманні якомога більшої кількості послуг з боку соціальних робітників.

4. Перекладання на соціальних робітників виконання багатьох побутових обов'язків.

5. Соціальний робітник сприймається як об'єкт, що несе пряму відповідальність за їхній фізичний, моральний і матеріальний стан.

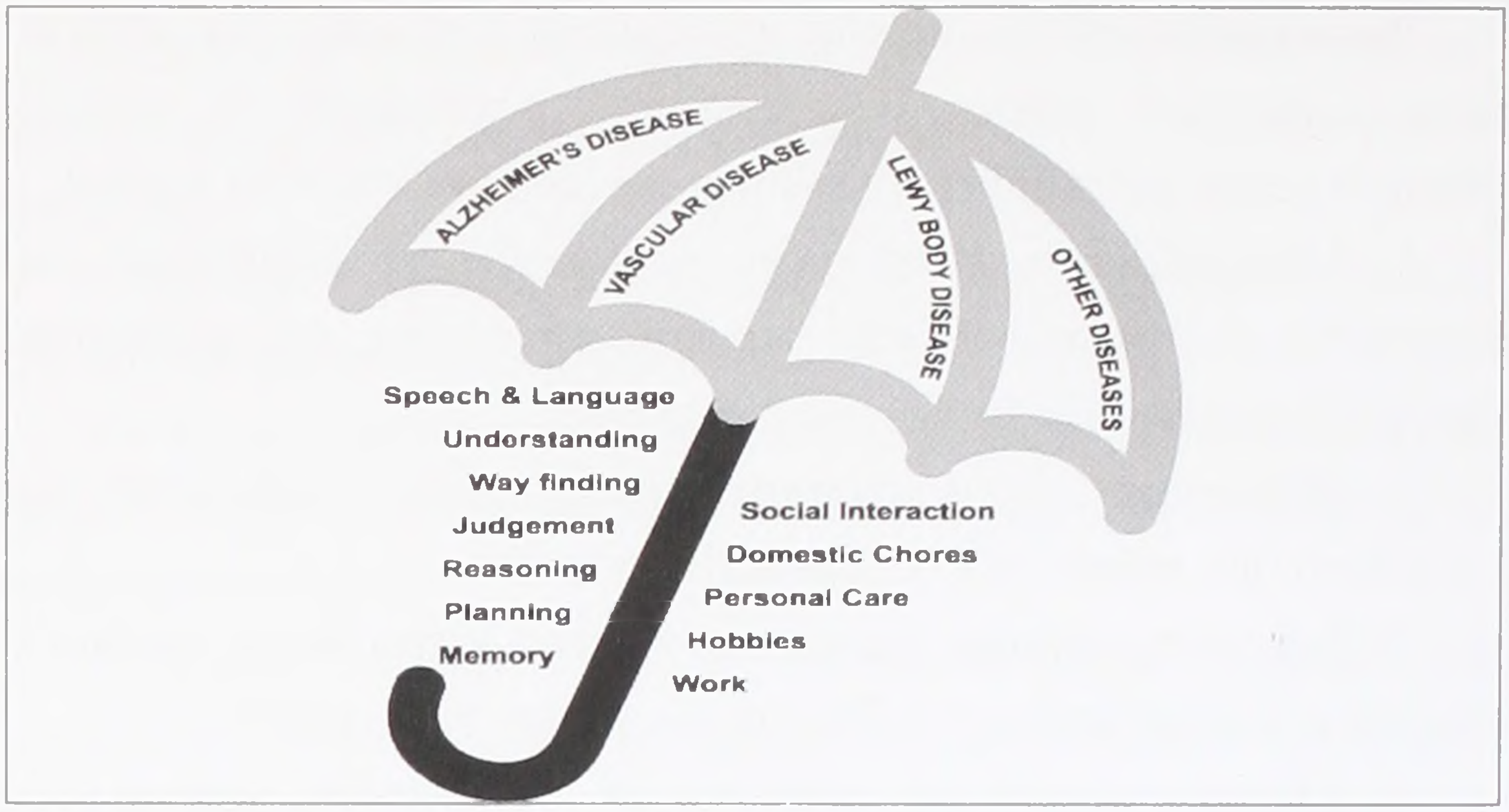
6. Недоброзичливе ставлення, надмірна підозрілість, невдоволення послугами, що надаються.

7. Домагання отримати послуги, які не входять у перелік професійних обов'язків соціального робітника.

8. Бажання знайти собі людину для спілкування через самотність.

9. Страх втратити державну підтримку та соціальне забезпечення.

Корисна інформація



Інформація про рух «Dementia Friends» (www.dementiafriends.org.uk)

Мета руху – інформування людей про деменцію, про особливості її протікання, а також про те, як можна приєднатися до руху аби полегшити життя людей з деменцією.

Список використаних джерел

1. Алеман А. «Мозг на пенсии»: научный взгляд на преклонный возраст / Андре Алеман. – К.: Центр навчальної літератури, 2019. – 168 с.

2. Василенко Н. Ю. Социальная геронтология : учеб. пособие / Василенко Н. Ю. – Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2003. – 140 с.

3. Дуля А.В. Діяльність спеціалістів Новоград-Волинського територіального центру соціального обслуговування людей похилого віку / Матеріали міжнародної практичної конференції «Актуальні питання деменції у XXI ст.: зарубіжний та вітчизняний досвід» / 19-20 квітня 2018 року, м. Київ

4. Кудренко Я.В. Деменція: як вона проявляється, чому розвивається і чи можна її зупинити [Електронний ресурс] / Кудренко Я.В. – Режим доступу: https://vopnl.vn.ua.

5. Кэмпбелл Д. «Эффект Моцарта» / Дон Кэмпбелл. – Минск : [б. и.], 2009. – 312 с.

6. Мартин Э. Социальное обеспечение в Великобритании и Франции [Электронный ресурс] / Э. Мартин // Свободная мысль XXI века. – 2005. – № 8. – Режим доступа: http://polit.ru/article/2005/08/23/martin/

7. Социальная работа в Германии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://soc-work.ru/article/152

8. Наказ Міністерства соціальної політики «Про затвердження Державного стандарту догляду вдома» № 760 від 13.11.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua.

9. Постанова Кабінету Міністрів України «Типове положення про територіальний центр соціального

обслуговування (надання соціальних послуг) № 1417 від 29.12.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua.

1.4. Методи та інструменти практичної роботи з людьми, які живуть з деменцією

Одним із найскладніших аспектів у роботі з людьми похилого віку, які живуть з деменцією є різноманітні поведінкові розлади, які асоціюються з цією хворобою: блукання, повторні запитування, ходіння слідом за доглядальником, агресія, апатія, розлади сну, супротив при наданні допомоги тощо.

Також у більшості випадків виникають такі супутні розлади, як тривога, маячні розлади, галюцинації, депресія, порушення харчової поведінки.

Деменція по-різному вражає людей, як правило, це залежить від протікання хвороби та індивідуального стану людини перед захворюванням.

Ознаки та симптоми, пов'язані з деменцією, проходять три стадії розвитку і саме від цього залежить підбір методів роботи у процесі надання послуги догляду (див. табл. 1.4.1).

Таблиця 1.4.1

Ознаки та симптоми, пов'язані з різними стадіями розвитку деменції

Легка стадія деменції	Помірна стадія деменції	Важка стадія деменції
Пам'ять • забудькуватість • втрата відліку часу •порушення орієнтації у знайомій місцевості •труднощі у підборі слів •труднощі із запам'ятовуванням імен • труднощі у викладанні думок *Когнітивні здібності* •порушується концентрація уваги • відчуває труднощі у виконанні поставлених завдань, з якими раніше було легко справлятися	*Пам'ять* •забудькуватість щодо недавніх подій та імен людей; •не здатний до «комплектації» нових спогадів *Когнітивні порушення* •порушується орієнтація у будинку •труднощі у спілкуванні; • потреба у допомозі для догляду за собою; • поведінкові труднощі, включаючи безцільне ходіння та задавання	*Пам'ять* • відсутність пам'яті *Когнітивні порушення* •повна відсутність когнітивної діяльності • нерозбірливість суджень • втрата орієнтації у часі й просторі; •труднощі із розпізнаванням родичів та друзів; • зростаюча потреба у професійному догляді;

• відчуває труднощі у виборі різних речей *Моторика* • можливе сповільнення реакції •порушується дрібна моторика	одних і тих же питань •труднощі у виборі різних речей •зміни у поведінці та емоціях повсякденних діях: страх перед купанням і дій, які з цим пов'язані; забуває, де вбиральня; що необхідно робити при її відвідуванні; втрачає контроль над фізіологічним випорожненням *Моторика* • втрачає впевненість у моториці	•труднощі у пересуванні; • поведінкові зміни, які можуть посилюватися і включати агресивність. *Моторика* • відсутність моторики

Зупинимося більш детальніше на формах та методах роботи, які використовуються на різних стадіях деменції у процесі надання послуги догляду для людей похилого віку.

• *Легка стадія деменції.* Ця стадія досить часто залишається непоміченою через те, що розвивається поступово. На даній стадії будуть корисні будь-які види сенсорної стимуляції, причому, можна вибирати не дуже прості вправи: *настільні ігри, арт-терапію, когнітивні вправи, вправи для пальчикової гімнастики.*

– *Настільні ігри.* До настільних ігор відносяться: танаграм, пазли, сортування за кольором, складанні слів з літер, лото, доміно, карти.

Примітка!

Настільні гра – гра, заснована на маніпуляції відносно невеликим набором предметів, які можуть цілком розміститися на столі або в руках граючих.

Настільні ігри використовуються у роботі з людьми похилого віку з деменцією *для підтримки*:

- когнітивних процесів, зокрема пам'яті та уваги;
- психологічної культури;
- корекції пізнавальної сфери.

Завданням таких настільних ігор виступають:

1) підвищення самооцінки
2) збереження активності
3) підтримка когнітивних процесів
4) зміцнення соціальних та емоційних стосунків
5) зміцнення пам'яті
6) зняття емоційної напруги
7) збереження навичок спілкування.

– *Арт-терапія.* В її основу покладено ідеї відомих психотерапевтів З. Фройда та К. Юнга, які пропонують не лікування, а скоріше – відновлення через розвиток креативності, спрямованої на гармонізацію та розвиток особистості. Згідно з теорією психічної діяльності, сформульованою З. Фройдом, внутрішнє «Я» людини проявляється у візуальній формі кожного разу, коли вона спонтанно щось малює чи ліпить. Загалом, образотворче мистецтво, маючи багато спільного з фантазіями та сновидіннями, виконує компенсаторну роль та знімає психічну напругу. Центральною фігурою в арт-терапевтичному процесі є не пацієнт як хвора людина, а особистість, яка прагне до саморозвитку й розширення діапазону своїх можливостей.

Примітка!

Арт-терапія - напрям в психотерапії та психологічної корекції, який заснований на застосуванні для терапії мистецтва та творчості.

Метою арт-терапії є вираження почуттів, утвердження своєї самооцінки, унікальності, неповторності, підкреслення індивідуального «Я», прояви гнучкості, адаптивності у соціумі, поліпшення дрібної моторики та когнітивних функцій.

Завдання, які ставляться при використанні арт-терапії:

– стимуляція мови;

– вихід із депресії, поліпшення настрою та загального самопочуття;

– стимулювання спогадів;

– зняття емоційної напруги;
– поліпшення навичок спілкування;
– розширення кругозору;
– покращення координації рухів, дрібної моторики.

Наразі існує безліч різновидів даного методу:

– танцювальна терапія
– терапія образотворчої діяльністю
– казкотерапія
– музикотерапія
– лялькотерапія
– робота з пластичними матеріалами - ліплення, скульптура, гончарство
– пісочна терапія
– мандалотерапія
– фототерапія
– анімаційна терапія тощо.

Це далеко не повний перелік видів, він постійно вдосконалюється і доповнюється новими елементами в роботі з людьми похилого віку, які живуть з деменцією у процесі надання послуги догляду з боку соціальних робітників чи інших фахівців, які працюють з даною категорією.

– *Розмальовки (ізотерапія).* Багато людей похилого віку з деменцією люблять різні розмальовки. Для цього потрібно вибрати ті зображення, які найбільше відповідають інтересам

особистості, наприклад, вона може любити тварин, рослини, автомобілі або шедеври архітектури, героїв казок. Потрібно спробувати різні образи, щоб знайти ті, які дійсно захоплять та зацікавлять.

При виборі варто враховувати також стадію розвитку хвороби – на помірній стадії краще обирати найпростіші розмальовки з мінімумом деталей, на ранній піддійте більш складне зображення.

Слід пам'ятати, що з людиною, яка знервована, краще використовувати крейду ніж акварель, яка розтікається та може спровокувати тривогу.

– *Ліплення.* За допомогою такого методу особа з деменцією може проявити свої почуття та емоції, подолати певні страхи та тривогу. Також ліплення дуже корисне для стимуляції дрібної моторики. Для ліплення використовуються пластилін, глина, тісто.

– *Бібліотерапія.* Читання – не просто спосіб організації дозвілля, це заняття, яке подовжує життя даної категорії. В основі лікування читанням закладено базовий принцип психологічного впливу на людську підсвідомість – дію словом. Книги досить часто виступають у якості ефективної профілактики деменції. Спеціально підібрана література, а також читання вголос, нормалізує психічний стан, що сприятливо впливає на когнітивні процеси та запобігає деструктивним змінам у головному мозку.

Даний метод:

– стимулює розумові процеси;

– розвиває фантазію, уяву, увагу та інші когнітивні функції;

– сприяє ясності розуму;

– відволікає від проблем;

– стимулює творчі здібності;

– допомагає боротися з депресивними станами, стресами, тривогою.

– *Лялькова терапія.* Фахівці часто використовують ляльки у роботі з людьми похилого віку, які живуть з деменцією для створення психологічного комфорту. У багатьох із них саме лялька викликає щасливі спогади батьківства, а комусь дає повторне відчуття власної значимості, повертаючи втрачений сенс життя.

Варто зауважити, що лялькова терапія підходить не для всіх учасників даного процесу. Не потрібно нав'язувати у роботі ляльку людині, якщо вона цього не хоче, потрібно дозволити їй зробити свій вибір самостійно. Ляльки, як правило, частіше обирають жінки. Чоловікам замість ляльок краще запропонувати м'які іграшки. Лялькову терапію краще проводити на середній або, навіть, ранній стадії розвитку хвороби, оскільки на пізній стадії є велика ймовірність, що особа з деменцією не зможе встановити з нею контакт або на це знадобиться чимало часу.

Примітка!

Клінічний психолог Я. Джеймс акцентує увагу на значне поліпшення у поведінці людей з деменцією після того, як їм дали кілька ляльок. Проведені дослідження показали, що у результаті застосування лялькової терапії у них знижувалася кількість випадків агресії, перепадів настрою та покращувався загальний емоційний настрій. Серед позитивних змін також відзначали заспокійливий ефект, зниження тривожності, соціальну активність, розвиток мовлення. У деяких випадках стало можливим зменшення доз лікарських препаратів.

– *Танцювальна терапія.* Метою танцювальної терапії визначають корекцію моторних і емоційних порушень за допомогою танцювальної терапії.

Завдання даного методу:

– розвиток психомоторної активності;

– розширення діапазону рухів;

– розвиток психомоторних здібностей;

– зниження рівня особової тривожності ;

– формування позитивного образу фізичного «Я»;

– поліпшення психологічного самопочуття під час взаємодії з іншими людьми.

– *Музична терапія.* Прослуховування музики надає можливість заспокоїтися у момент гніву та агресивної поведінки й бадьоритися при сонливості. Важливо знайти музику, яка відповідає характеру та культурній приналежності людини. Варто також враховувати індивідуальні особливості

щодо способу прослуховування музики (включати колонки чи навушники).

Примітка!

Олівер Сакс, який досліджує силу музичної дії на пацієнтів, музикантів та звичайних людей констатує, що одне з неймовірних властивостей музики – природжена налаштованість мозку на її сприйняття: «Я бачив пацієнтів в стані глибокої деменції, які ридали і здригалися, коли їм включали музику. Я упевнений: вони переживали увесь спектр доступних нам почуттів, і деменція, принаймні в ці моменти, не була бар'єром для емоційних переживань. Якщо людина здатна на таку реакцію, безумовно, в ньому зберіглася особистість, навіть якщо лише музика здатна її зберегти».

– *Кросворди.* Відомо, що кросворди – корисна вправа для тренування пам'яті та розвитку логічного мислення. Недарма фахівці виділяють їх в особливу категорію когнітивної терапії. При цьому звичайні кросворди не підходять для людей похилого віку, які живуть з деменцією, адже їх інколи дратує те, що у них щось не виходить. Тому, кросворди повинні бути простими та з великими клітинками.

– *Пальчикова гімнастика.* Усім відомо, що людський мозок має дві півкулі, при чому, у жінок найчастіше більш розвинена права півкуля головного мозку, відповідальна за емоційність, почуття й інтуїцію. У чоловіків, за звичай, більше розвинена ліва півкуля, яка відповідальна за логіку, мову й раціональність. Тобто для поліпшення роботи двох півкуль як у чоловіків так

й жінок, які живуть з деменцією, досить часто рекомендують займатися пальцевою гімнастикою й вправами для пальців рук.

Примітка!

Про вплив мануальних дій на розвиток мозку було відомо ще у II ст. до нашої ери у Китаї. Древні мудреці стверджували, що ігри за участю рук та пальців сприяють гармонійному розвитку тіла та підтримують у належному стані мозкову систему. Праці В. М. Бехтерєва довели вплив маніпуляції рук на функції вищої нервової діяльності, розвитку мовлення тощо.

Прості рухи рук допомагають прибрати напругу не лише із самих рук, але й з губ, знімають розумову втому.

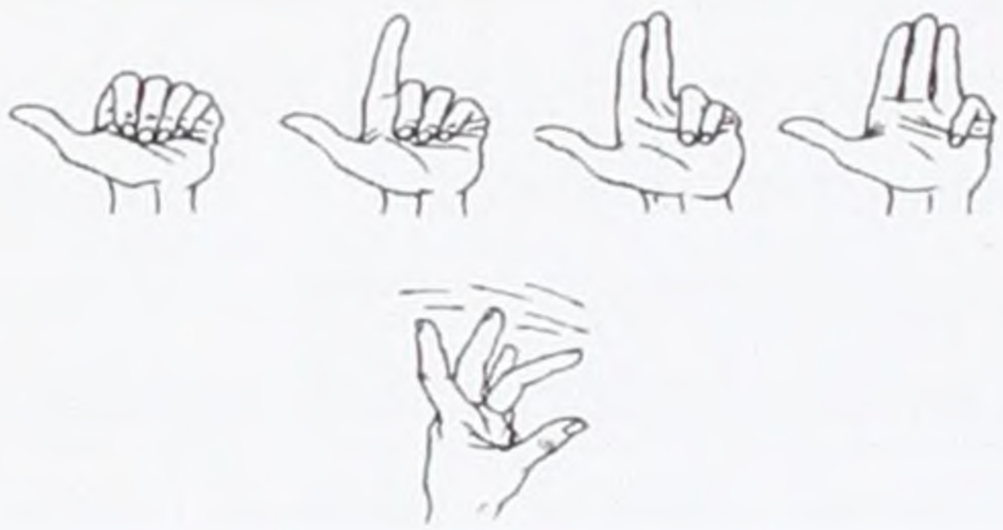
Вони здатні поліпшити вимову багатьох звуків, а значить – розвивати мовленнєвий апарат, який перебуває в прямій залежності від тренованості пальців. Приклад вправ пальчикової гімнастики для відновлення дрібної моторики рук подано у табл. 1.4.2.

Таблиця 1.4.2

Пальчикова гімнастика для відновлення дрібної моторики рук

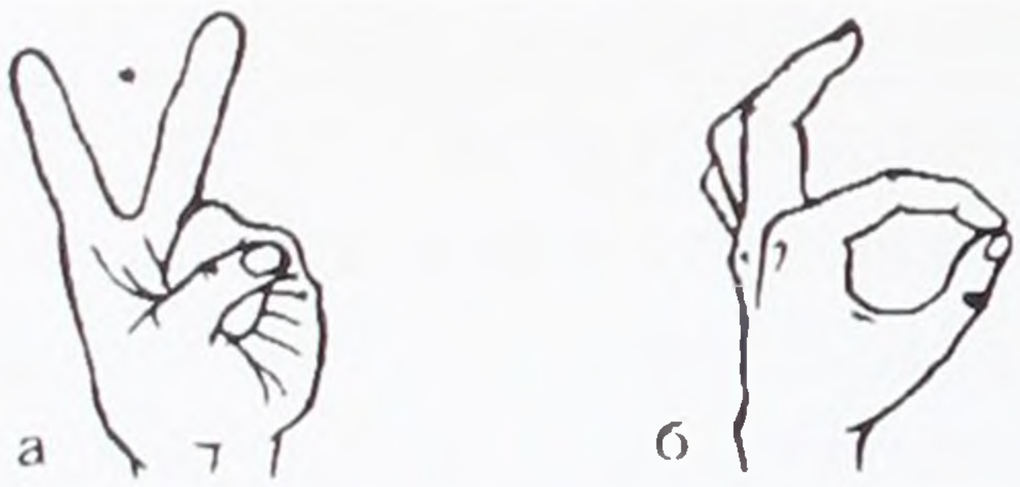
рисунок	зміст
	стискати в кулачки та розтуляти одразу пальці обох рук

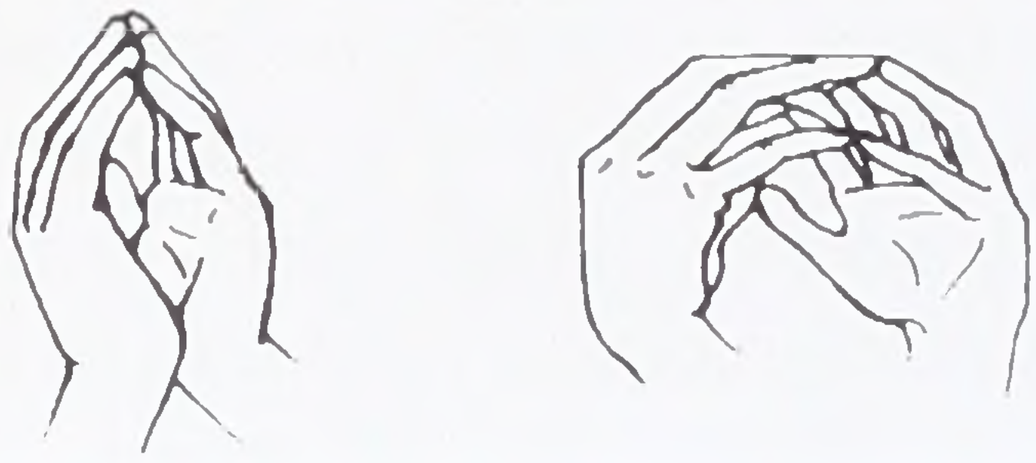
	однією, потім другою рукою зробити вправи на розслаблення пальців. По черзі згинати пальчики до долоньки, другою рукою охоплювати весь кулачок
	зігнути пальці в кулачок, потім по черзі розгинати їх, починати з великого пальця
	креслити пальцем кола по долоньці; загинати пальці; пальцями другої руки брати мізинчик і легенько розхитувати
	від зап'ястка кисті руки з прямими зімкнутими пальцями піднімати вгору, а потім, легенько зігнувши пальці, м'яко опускати вниз
	з'єднати всі подушечки пальців руки і рухами пальців та зап'ястка розгойдувати кисть справа наліво і навпаки. Праворуч - пальці роз'єднувати. Ліворуч – м'яко з'єднувати подушечки пальців
	з'єднати прямі пальці рук. Розслабити руки від ліктя, перетворивши їх у велике

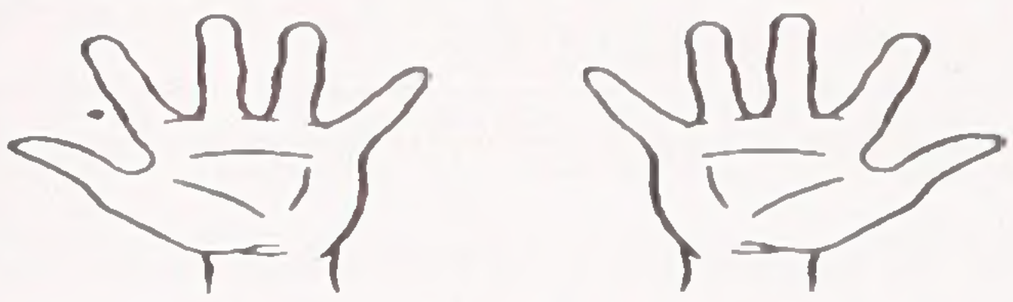
	віяло, що обвіває обличчя вітерцем
	по черзі розгинати всі пальці, починаючи з великого
	підняти кисть правої (лівої) руки вгору, широко розсунути пальці. По черзі згинати їх у кулачок
	розгойдувати кулачок вгору-вниз, розкрити кулачок, широко розсунувши пальці. Вправу виконати спочатку однією рукою, потім – другою, потім – обома разом
	по черзі згинати пальчики до долоньки, починаючи з мізинця. Потім великим пальцем торкатися всіх інших - кулачок розтулити, широко розсунувши пальці
	стиснути пальці в кулачок. По черзі розгинати їх, починаючи з великого, потім широко розсунути пальці. По черзі розгинати пальці, починаючи з великого, енергійно ворушити ними

	по черзі розгинати всі пальці, починаючи з мізинця, потім так само згинати
	по черзі розгинаємо пальці правої (потім лівої) руки, починаючи з великого
	по черзі згинати всі пальці правої (потім лівої) руки, починаючи з великого.
	кінчиком великого пальця правої руки по черзі торкатися кінчиків вказівного, середнього, безіменного пальців та мізинця. Зробити те ж саме лівою рукою. Одночасно кінчиками великих пальців правої та лівої рук по черзі торкатися кінчиків вказівних, середніх, безіменних пальців і мізинців.
	пальцями правої руки по черзі «вітатися» з пальцями лівої руки, поплескуючи одне одного кінчиками
	кінчик вказівного пальця правої руки з силою удавити в подушечку великого пальця. Решту пальців підняти вгору. Вказівний палець різким

	рухом вперед робить сильний щиголь у повітря (тричі). За аналогією виконати щиглі середнім, безіменним пальцями та мізинцем
	стиснути кулачок. Вказівний палець і мізинець розвести в різні боки («вуса»). Ворушити «вусами»
	витягнути вказівний палець правої руки і крутити ним, потім те ж саме – пальцем лівої руки
	чотири пальці правої руки (окрім великого) стиснути в кулак. Великий палець підняти догори і виконувати кругові рухи
	пальці обох рук (окрім вказівних і великих) – у положення плетеного кошика. Вказівні пальці висунути вперед і з'єднати їх подушечками (це – «хвіст гвинтокрил»). Великими пальцями виконувати швидкі кругові рухи, немов лопаті гвинтокрила

	вказівний і середній пальці правої (потім лівої) руки «ходять» по столу
	подушечки правої (лівої) руки притиснути до столу. Навперемінно постукувати ними по поверхні столу (наче гра на піаніно)
	пальці стиснути в кулачок. Висунути вказівний палець та мізинець. Просуваючись повільно вперед, «равлик» ворушить «вусиками»
	великий і вказівний пальці з'єднати кільцеподібно, решту пальців розвести у різні боки
	суть вправи полягає в переході з однієї позиції в іншу: а) пальці – в кулачок, висунути вказівний та середній пальці і розвести їх в різні боки; б) великий і вказівний пальці з'єднати кільцеподібно, решту пальців відсунути вбік
	утворити два кружечки з великих та вказівних пальців обох рук, з'єднавши їх

	ліву руку підняти вертикально вгору. Прямі пальці щільно притиснути один до одного. Кулачок правої руки притиснути до лівої долоньки великим пальцем до себе. Якщо вправа виконується легко, то можна міняти положення рук
	створити «дах» пальцями обох рук, з'єднавши їх подушечками під кутом. Великі пальці з'єднати по прямій лінії. Утвориться трикутний «дах» з «вікном». Розсунути ширше зап'ястки, а лікті притиснути до тулуба. Вийде «високий дім»
	кінчики пальців обох рук притиснути один до одного, долоньками утворити маленьку, а потім велику «кульку». Коли повітря «виходить», долоні повернути у вихідне положення
	по черзі згинати й розгинати всі пальці, починаючи з мізинця

	долоньки схрестити. Пальці широко розсунути, утворивши «сонечко з промінчиками»
	підняти обидві руки долонями до себе, широко розсунути пальці
	подушечки пальців обох рук зімкнути. Долоньки трішки круглясті, схожі на «пуп'янок». Нижні частини долонь притиснути одну до одної, а пальці широко розсунути по колу і трохи вигнути. Утворюється велика, розпущена «квітка»
	схрестити зап'ястки обох рук і притиснути долоні тильним боком одна до одної. Пальці прямі. «Метелик сидить».
	долоні прямі й напружені. Пальці не згинати. Легким, але різким рухом рук в зап'ястках імітувати політ метелика
	всі пальці правої руки обхопити лівою долонею. Утвориться «гніздо».

	синхронно рухати кистями обох рук з положення висячих кулачків до піднятих угору долоньок з розсунутими широко пальцями
	зачепити мізинці обох рук один з одним, наче два гачки, щоб їх важко було розчепити.
	руки покласти на стіл: а) долоні притиснути до столу; б) одночасно стиснути два кулачки (позиція «кулаю» - «кулаю»); в) розтулити пальці однієї руки і притиснути руку до столу (позиція «рука» - «кулаю»). Для ускладнення - виконувати вправу швидше

Всі вправи виконуються повільно, від трьох, до п'яти разів, спочатку однією, потім, іншою рукою, а на закінчення – обома руками разом. Добре зарекомендувала себе різноманітна предметна діяльність, яка також сприяє розвитку дрібної моторики рук в хворих на деменцію:

- застібання та розстібання гудзиків;
- шнурування черевиків;
- шнурування на спеціальних рамках;
- нанизування кілець на тасьму;
- гра з мозаїкою;

– сортування мозаїки за чарунками;

– гра з конструкторами;

– перебирання круп, різних зернят (наприклад, відділити квасолю від гороху).

• *Помірна стадія розвитку деменції.* На даній стадії виникає необхідність щоденної допомоги, оскільки особі з деменцію вже важко стежити за собою, готувати їжу, інколи потрібна допомога у користуванні вбиральнею чи в організації харчування. Найчастіше вони *не можуть* згадати свою адресу, номер телефону; плутаються у днях тижня; часто не можуть зрозуміти, де знаходяться, навіть якщо це власна кімната. На даній стадії такі люди вже мало що роблять руками, тому необхідно додаткове стимулювання дрібної моторики. При цьому складні завдання їм вже не під силу. Для них також вже недоступні більшість побутових функцій: миття посуду, прибирання, прасування, приготування їжі вже недоступні більшості даної категорії людей, але ще стадія повної відчуженості від реальності і лежачий спосіб життя ще не настали, важливо м'яко стимулювати когнітивну діяльність, давати їм можливість зайняти руки, відвернути від негативу, заспокоїти. У цей період часто виникає питання: чим зайняти таку людину, щоб у неї зберігався позитивний або хоча б нейтральний настрій, без агресії та апатії. Експерти радять заохочувати їх до простих, але корисних справ:

– *Миття фруктів та овочів.* Це проста, приємна процедура, яка стимулює почуття за допомогою контакту з водою та

дотику до овочів і фруктів, до рушника, щоб їх витерти; щоб упевнитися, що ця дія безпечна, рекомендується виконувати її подалі від крану з водою, щоб не включати гарячу воду. Також рекомендується перемішувати різні фрукти або овочі та спонукати їх розкладати після миття в окремі ємності. Це допомагає зміцнити почуття приналежності до участі в житті своєї сім'ї, стимулює почуття та когнітивні здібності.

– *Випічка простого печива.* Дотик до тіста в осіб з деменцією може викликати приємні почуття та спогади. Окрім цього, розминання невеликої кількості тіста руками є корисним для тренування дрібної моторики. Формування та випічка печива дозволяє отримати приємний продукт, який можна скуштувати, що є додатковим способом для стимулювання почуття смаку. Також важливим є запах, що витає на кухні, адже це також може стимулювати апетит. Не можна забувати про те, що особи з деменцією схильні брати в рот предмети і речі, що їх оточують. Тому не слід займатися цим видом діяльності з клієнтами, які страждають від проблем з ковтанням.

– *Витирання столових приборів, їх сортування та впорядкування.* Ця процедура може сприяти підтримці когнітивних можливостей і, разом з тим, надати приємні відчуття участі в домашніх справах. Дуже важливо спостерігати за діяльністю клієнта щоб контролювати даний процес: довірити сортування столових та чайних ложок (що може бути небезпечним) чи довірити сортування не гострих виделок та ножів.

– *Складання білизни.* Даний вид діяльності вимагає когнітивних навичок та роботи руками. Це можна робити сидячи і тому є абсолютно безпечним. В залежності від можливостей людини, можна включити в розпорядок дня прості математичні вправи, але за умови, що це приємно і не викликає стресу. Наприклад: можна запропонувати порахувати шкарпетки, розкласти їх за кольоровою гамою чи порахувати кількість кухонних та банних рушників. Під час цієї діяльності важливо уникати критики або висловлювань, що викликають почуття невдачі або безпорадності.

• *Важка стадія деменції.* На цій стадії деменції для людей похилого віку важливо підбирати ті види діяльності, які є для них приємними у виконанні та не викликають супротиву. Це пов'язано із тим, що у них розвивається майже повна залежність від інших, що провокує пасивність. Порушення пам'яті стають значними, а фізичні ознаки і симптоми більш очевидними. На важкій стадії деменції хворий втрачає здатність реагувати на оточуючих, вести розмову і, в кінцевому варіанті, управляти своїм тілом: порушуються рефлекси, м'язи стають жорсткими, порушується ковтання. На цій стадії людині необхідний тільки догляд, тому що сам він уже не в змозі що-небудь робити.

– *Прогулянки на свіжому повітрі.* Для цього рекомендується обирати прогулянки шляхом, який би стимулював органи чуття різними способами: шукати пряні трави або яскраві рослини; звертати увагу на рух людей і транспорту; дивитися на собак, які гуляють в парку; на дітей, що грають на дитячих майданчиках. Також можна поєднати прогулянку на свіжому

повітрі з діями, що стимулюють смак: їсти фрукти, морозиво, пити каву або інший смачний напій тощо.

– *Перегляд телевізійних програм.* Іноді перегляд телевізійних програм розлючує людей похилого віку з деменцією. Адже їх більше не цікавлять передачі, засновані на розмові, і вони вже не можуть стежити за ходом подій в розважальних передачах. З цієї причини рекомендується вибирати (з різних телеканалів) відповідні передачі, які сподобаються. Наприклад, деякі люди дуже люблять дивитися: *передачі про природу* чи тварин; *спортивні передачі:* фігурне катання, яке супроводжується приємною музикою та може бути джерелом приємних емоцій; канали, за якими транслюється класична музика чи якась інша музика тощо.

– *Розведення в квартирі/будинку рослин або догляд за ними.* Залучення клієнтів до розведення рослин, поливу квітів чи прибирання палого листя може принести задоволення та відчуття радості від гарно виконаної роботи. Рекомендується вибирати догляд за яскравими квітами, якщо ж це зелені рослини, то краще щоб вони були з кольоровими листям або ж це можуть бути ароматні пряні трави.

– *Спільний перегляд сімейних альбомів*: як один із допоміжних методів роботи, який спрямований на повернення приємних спогадів та стимуляцію пам'яті (можна використовувати тільки для тих осіб, які знаходяться на легкій та помірній стадії деменції).

Дані рекомендації є важливими при організації навчання соціальних робітників та інших фахівців, які долучаються до процесу надання послуги догляду, їх можна включати до різних видів навчання та курсів підвищення кваліфікації тощо.

Контрольні запитання для самоперевірки

1. Сформулювати основні ознаки та симптоми на різних стадіях деменції у людей похилого віку.

2. Вказати форми та методи роботи, які використовуються на легкій стадії деменції у процесі надання послуги догляду для людей похилого віку.

3. Вказати форми та методи роботи, які використовуються на помірній стадії деменції у процесі надання послуги догляду для людей похилого віку.

4. Вказати форми та методи роботи, які використовуються на тяжкій стадії деменції у процесі надання послуги догляду для людей похилого віку.

5. У чому полягає зміст настільних ігор для хворих на деменцію та які основні завдання під час їх використання?

6. Що таке арт-терапія та її різновиди?

7. З якою метою використовують розмальовки та ліплення при роботі з хворими на деменцію?

8. Чому бібліотерапію рекомендують використовувати на ранній стадії деменції?

9. У чому полягає ефективність пальчикової гімнастики?

Завдання для самостійної роботи

1) Скласти план роботи стосовно форм та методів роботи для соціального робітника, який надає послугу догляду людям похилого віку на *легкій стадії* деменції.

2) Скласти план роботи стосовно форм та методів роботи для соціального робітника, який надає послугу догляду людям похилого віку на *помірній стадії* деменції.

3) Скласти план роботи стосовно форм та методів роботи для соціального робітника, який надає послугу догляду людям похилого віку на *важкій стадії* деменції.

Список використаних джерел

1. Алеман А. «Мозг на пенсии» : научный взгляд на преклонный возраст / Андре Алеман. – К. : Центр навчальної літератури, 2019. – 168 с.

2. Бородін С. Вправи для розвитку мозку та поліпшення пам'яті [Електронний ресурс] / Бородін С. – Режим доступу: https://econet.ru.

3. Кэмпбелл Д. «Эффект Моцарта» / Дон Кэмпбелл. – Минск : [б. и.], 2009. – 312 с.

4. Пальчикова гімнастика : збірка вправ [Електронний ресурс] / Освітній проект «на урок». – Режим доступу: https://naurok.com.ua/zbirka-palchikova-gimnastika.

1.5. Робота з кейсами

Поняття «кейс» (англ. «case» перекладається як «обставини») означає опис певної ситуації із практики роботи або реального випадку для напрацювання теоретичних ідей щодо їх вирішення.

У соціальній роботі поняття «кейс» міцно ввійшло у практику та окреслює конкретну ситуацію, спосіб вирішення та опис бажаного результату на виході. Ситуація, описана у кейсі, повинна бути зрозумілою до найменших деталей. Однак, за конструкцією, не має представляти собою надто добре сформульовану проблему, оскільки слід залишати місце для подальшого моделювання ймовірних шляхів вирішення.

Ситуація, що описана у кейсі, повинна мати цікавий сюжет, насичений подіями, персонажами, почуттями, емоціями, динамікою, що робить його частиною реального життя.

Кількість подій та фактів повинна бути достатньою: щоб з одного боку «заплутати» ситуацію, але з іншого – бути цікавою й зрозумілою для аналізу. Залежно від мети кейсу, якась інформація може висуватися на передній план, у той же час, якась інша, не менш важлива, подаватися як другорядна.

Загалом, розв'язання кейсу дозволяє розкласти певну ситуацію на окремі частини, проаналізувати кожну з них, а потім усі ці частини скласти докупи аби отримати цілісне уявлення про ситуації та її вирішення у цілому.

Метод кейсів (англ. «case method», «case-study») або метод конкретних ситуацій визначають як техніку навчання на основі опису реальних або наближених до реальних життєвих ситуацій.

Мета навчання кейс-методом у роботі з людьми похилого віку, які живуть з деменцією – формування практичних навичок у соціального робітника чи іншого фахівця, який залучений до надання послуги догляду в домашніх умовах.

Робота з кейсами дозволяє:

1) навчитися правильно аналізувати ситуацію;

2) визначати коло проблеми та можливі причини їх походження;

3) встановлювати реальну причину виникнення проблем та можливі варіанти вирішення;

4) обирати найбільш оптимальний варіант вирішення означених проблем;

5) розробляти відповідний план дій для вирішення ситуації, описаної в кейсі.

Примітка!

Існує три основних варіанти використання кейс-методів:

- діагностика проблеми

- діагностика одної або кількох проблем шляхом напрацювання шляхів їх вирішення

- аналіз існуючих варіантів вирішення проблеми та попередження її подальших наслідків

Параметри кейсу

Параметри кейсів можуть бути різними, в залежності від мети використання та часу, який на це виділяється. Наприклад, кейси, які використовуються на одному занятті, повинні бути простими й короткими (1-2 сторінки машинописного тексту). Кейс-матеріал, написаний для кількох занять, може бути ускладнений більшою кількістю інформації та складати 10-15 сторінок машинописного тексту.

Процес конструювання кейса

1) Визначення тематики кейсу відповідно до мети.

2) Формування навчальних цілей і завдань кейса – визначення того, які знання й навички повинен «охопити» кейс. Чи буде за своїм призначенням майбутній кейс ситуацією для ілюстрації навчального матеріалу чи буде використовуватися як практичне підґрунтя для теоретичного матеріалу.

3) Визначення проблеми, навколо якої буде розвертатися ситуація.

4) Побудова моделі ситуації:

- *простої* (у них чітко простежується проблема й варіанти її рішення, які учасникам необхідно виділити, обговорити й запропонувати альтернативу),

- *складної* (припускають наявність у кейсі проблеми, однак способи її рішення необхідно знайти самостійно),

- *надскладної* (кейс містить тільки опис конкретної ситуації, необхідно самостійно визначити й сформулювати проблему,

розробити різні варіанти рішення проблеми, вибрати оптимальний варіант рішення).

5) Пошук інформації для ситуації. При цьому джерелами інформації як правило, обирають робочий матеріал, заснований на реальних подіях (в організації, закладі, з власного досвіду соціального робітника чи його колег).

6) Опис ситуації / написання тексту кейса.

7) Після розроблення кейсу необхідно провести його апробацію, тобто обговорити з колегами аби переконатися, що він відповідає поставленій меті та завданням.

Приклад розробки кейсу

Жінка похилого віку, 82 роки, Ірина Павлівна. Отримує соціальну допомогу від територіального центру соціального обслуговування населення. Проживає з дочкою та двома онуками підліткового віку, у квартирі є три кішки. Квартира велика, три кімнати, але вони знаходяться в захараченому стані всяким непотребом. Дочка працює, тому вдома з'являється доволі пізно, готувати їжу не любить. Спостерігається безлад на кухні та кімнатах. Онуки не прибирають за собою на кухні та вбиральні (не мають необхідних навичок).

Ірина Павлівна може виходити на вулицю тільки у супроводі з боку рідних або соціального робітника. Виявляє бажання відвідувати магазини аби знайти та купити продукти харчування зі знижками. Оскільки вона дуже переживає за дочку та онуків, то постійно просить соціального робітника готувати їжу на всю сім'ю. Може вимагати від нього

приготувати складні блюда (голубці, заквасити капусту чи спекти пиріжки).

Загалом, соціальний робітник на її обслуговування витрачає 25 год на тиждень (5 год х 5 днів). Своїх рідних жінка до роботи не залучає, оскільки вважає, що вони не повинні свій час витрачати на її справи. Однак по відношенню до соціального робітника поведінка зовсім інша. Вона часто вдається до маніпуляцій, якщо не може отримати допомогу в такому вигляді як собі спланувала. Наприклад, використовує фрази типу: «ти знала, куди прийшла працювати», «нічого з тобою не станеться, така вже це робота», «я не буду дивитися на твій план роботи і читати про посадову інструкцію, бо якщо я відмовлюся від твоїх послуг, то ти залишишся без роботи».

Такі відносини мають негативний вплив на стан соціального робітника, спостерігається його емоційне виснаження та незадоволеність діями клієнтки.

Питання

1) Про які факти йдеться у кейсі?

2) Які передбачення зроблені у кейсі?

3) Які висновки модна зробити з цих фактів та передбачень?

4) Які теорії, загальні положення чи правові аспекти присутні у кейсі?

5) Про які порушення йдеться в кейсі?

6) Які пропозиції (рекомендації) можна зробити? Для кого і чому?

Алгоритм аналізу кейсу

Аналіз ситуації, яка означена в кейсі, проводиться за певним алгоритмом:

1) виявлення проблем, їх типологія, загальна характеристика, наслідки впливу ситуації на особу/осіб, описаних в кейсі та шляхи вирішення;

2) визначення механізму взаємодії із внутрішнім та зовнішнім соціальним середовищем (сім'я, родичі, друзі, громада тощо);

3) визначення причин, які привели до виникнення складних життєвих обставин особи/осіб та наслідків їх впливу;

4) побудова моделі, окресленої у кейсі ситуації з елементами, які б розкривали зміст про умови життя, наслідки складних життєвих обставин, загальний стан особи/осіб та базові потреби у послугах;

5) моделювання з метою оптимізації/вирішення ситуації (складних життєвих обставин);

6) підготовка кількох варіантів вирішення ситуації: можливого, потенційного та бажаного з врахуванням ресурсів особи/осіб у складних життєвих обставинах та наявності соціальної мережі підтримки;

7) підготовка рекомендацій щодо вирішення ситуації, описаної в кейсі.

Вимоги до кейсу: відповідати чітко поставленій меті, мати відповідний рівень складності, ілюструвати декілька аспектів життя, бути реалістичним, ілюструвати типові ситуації,

розвивати аналітичне мислення, провокувати дискусію та мати кілька вирішень. Для ефективної роботи з кейсами необхідно: прочитати його двічі, фокусувати увагу на стратегічних питаннях, брати до уваги усі елементи опису та працювати в зручних часових межах.

Як правильно працювати з кейсами у групі?

На першому етапі кожному учаснику групи слід проаналізувати кейс самостійно, намагаючись виділити в ньому проблему та всю необхідну інформацію, яка може стати у нагоді для аналізу та пошуку шляхів вирішення.

Другий етап – обговорення результатів аналізу кейсу в малих групах (3-5 осіб), напрацювання спільного рішення щодо розв'язання кейсу.

Третій (заключний) етап роботи з кейсом – усі варіанти рішень виносяться на загальну дискусію для обговорення та вибору найбільш оптимального варіанту (забирає найбільше часу).

Приклад розв'язання кейсу з коментарями

Катерина Іванівна, 1936 року народження, людина похилого віку, яка живе з деменцією. До початку Другої світової війни (1939 р.) проживала у м. Києві з батьками, братом та сестрою. Вчилася в профшколі легкої промисловості, а після закінчення навчання працювала на швейній фабриці у Кам'янець Подільському. Заміжня, у шлюбі народила дочку (в 1959 р.). Протягом 30 років працювала продавчинею в

книжковому магазині за місцем постійного проживання у м. Василькові Київської області.

Коли жінці виповнилося 70 років (2006 р.) почали проявлятися перші симптоми деменції. Наприклад, вона могла без попередження приїхати до дочки у Київ і дуже переживати, що її ніхто не зустрічає на автовокзалі. Могла жалітися через це своїм сусідам на дочку, вважаючи, що вона до неї не уважна. Через деякий час хвороба почала проявлятися більш активно: жінка постійно губила ключі та документи, бували випадки, що вона забувала замикати двері, коли виходила у справах в місто або виключати плиту, де готувала їжу, що приводило до задимлення кухні та вигорання каструль. З'явилися складнощі з виконанням елементарних дій: прибиранням у квартирі, заповненням платіжок, складанням домашнього бюджету та здійсненням елементарних покупок у магазинах. Почала з'являтися образа на родичів, яка деяких випадках супроводжувалася агресією та сваркою. Загалом, Катерина Іванівна розуміла, що з нею щось відбувається, але своїх змін вона соромилася та всяко їх маскувала аби про неї не подумали «щось погане».

З часом, коли ці зміни почали тривожити не тільки її, але й рідних, саме дочка запропонувала матері звернутися до медичного закладу для проведення діагностики. На першому етапі із жінкою почав працювати сімейний лікар, який виявив, що вона явно недооцінює свої проблеми та намагається їх применшити. Тому сімейний лікар долучив до співпраці її

дочку, яка у якості стороннього спостерігача могла більш достовірно описати зміни в поведінці своєї матері.

Сімейний лікар попросив дочку відповісти на ряд запитань, а саме:

1) Коли та як довго (по часу) проявляються проблеми, про які розказали Катерина Іванівна та її дочка?

2) Якими були перші ознаки незвичної поведінки?

3) Як саме змінилася поведінка за останній час та чому це викликає тривогу у близьких?

4) Наскільки жінка може функціонувати самостійно у повсякденному житті?

5) Чи спостерігаються різкі перепади настрою та яким чином проявлялися?

У процесі проведення діагностики, сімейний лікар запропонував пройти тест на коротке обстеження психічного стану жінки (на англ. Mini Mental State Examination, MMSE).

Примітка!

За допомогою тесту Mini Mental State Examination (MMSE) оцінюється здатність орієнтуватися у просторі та часі; увага та пам'ять; концентрація уваги; послідовність дій та сприйняття подій.

За результатами тесту, по кількості отриманих балів, можна визначити форму деменції (легка, помірна чи тяжка). Кількість балів цього тесту, які свідчать про деменцію: від 24 до 30 балів. Катерина Іванівна набрала 27 балів, що вказувало на когнітивні порушення, але конкретний діагноз сімейний лікар все таки не встановив.

Після візиту до лікаря, жінка повернулася додому (у Васильків), але хвороба прогресувала. Здатність до критичної самооцінки та фокусування уваги ще більше знизилися, а погіршення пам'яті ставало все очевиднішим. Наприклад, Катерина Іванівна плуталася в днях тижня, не пам'ятала адресу свого місця проживання та часто не могла впізнавати місце на вулиці, де знаходилася. Щоб потрапити до себе додому, вона називала випадковим людям адресу в Києві, за якою проживала ще будучи маленькою дівчинкою. З часом, її рідним ставало ще тривожніше, оскільки жінка перестала впізнавати своїх сусідів, почала безцільно ходити повз вікна свого чи сусідського будинку, бо не могла визначитися де її власна квартира. Вона стала підозрілою до людей та могла безпричинно їх ображати, наприклад, звинувачувала поштарку ніби та вкрала її пенсію або сусідів у крадіжці посуду.

Якщо раніше жінка була акуратною та доглянутою, то зараз вона стала неохайною, її досить часто можна було побачити у нечистій одежі. Крім цього, вона перестала контролювати свої природні потреби, пов'язані з туалетом. Сусіди стали звертати увагу на те, що вона значний час проводить коло сміттєвих баків, збирає всякий непотріб та все це складає у себе в квартирі.

Для дочки це стало сигналом, що мати вже не може проживати самостійно та потребує домашнього догляду, тому забрала її до себе (у Київ). Переїзд став серйозним випробуванням не тільки для Катерини Іванівни, але й для сім'ї

ї дочки (яка проживала разом з чоловіком). Жінка не розуміла, де знаходиться і, головне, чому. Такий стан посилював незвичну поведінку: постійна тривожність, безпричинна ходьба по квартирі, особливо, вночі. До цього добавлялися: втрата та пошук документів, речей, грошей тощо. Особливо лякали приступи спонтанного (безпричинного) сміху або розмови з давно померлими родичами, стук по станах чи батареї. Почалися конфлікти у самій родині, чоловік поставив ультиматум своїй дружині (дочці Катерини Іванівни): «або вона, або я…». Дочка обрала маму….

Дочка знову звертається до сімейного лікаря, який проводив попередню діагностику. На цей раз, маючи більш ширшу інформацію щодо незвичної поведінки жінки, він направляє її до спеціалістів, які займаються проблемами порушення пам'яті (невролог, психіатр, геріатр).

Примітка!

Лікар-геріатр (від грец. «Geron», що означає «старий») – це «віковий лікар», фахівець з лікування хворих похилого та старечого віку.

Пацієнтами лікаря-геріатра є люди похилого віку від 60-65 років та старше.

Саме він розробляє план обстеження та тактику лікування, залучаючи до співпраці кардіолога, гастроентеролога, ревматолога, невролога та інших вузькопрофільних спеціалістів. Загалом, саме його діяльність дозволяє правильно скоординувати лікування хворої людини.

З метою більш точної діагностики стану жінки проводиться комп'ютерна томографія (або магнітно-резонансна), що дозволяє установити остаточний діагноз – хворобу Альцгеймера.

Оскільки хвороба активно прогресувала, то жінка втратила здатність до самообслуговування та самоконтролю, з'явилися серйозні проблеми з відвідуванням туалетної кімнати, прибиранням, миттям тіла, прийомом їди/ліків та погане орієнтування у квартирі. Вона практично втратила здатність спілкуватися та контролювати свої рухи.

Дедалі стало ще складніше, оскільки хвора повністю втратила здатність виказувати свої думки (хоча ще могла вимовляти окремі слова чи фрази), але пересуватися без сторонньої підтримки їй вже було не під силу. Через короткий час вона втратила здатність посміхатися та утримувати голову у вертикальному положенні. Відбувається порушення рефлексів, прогресує м'язова ригідність, послаблюється ковтальний рефлекс.

Оскільки, донька хворої ще не досягла пенсійного віку, постало питання організації та надання послуги догляду в домашніх умовах. З цим проханням вона звернулася до територіального центру соціального обслуговування населення за місцем проживання, де їй надали соціального робітника з відповідною кваліфікацією.

Для отримання допоміжних засобів (підгузки, функціональне ліжко, інвалідна коляска) донька звернулася до

сімейного лікаря. Він видав їй відповідну довідку, яка дозволяє отримати все необхідне у медичному закладі.

Питання для обговорення:

1) Які стадії деменції описані в кейсі?

2) Описати інструменти, які допомогли встановити діагноз для хворої.

3) Яким чином можна організувати послугу догляду в домашніх умовах?

Завдання

1. Проаналізуйте ситуацію, описану в кейсі за відповідним алгоритмом.

2. Визначте оптимальний варіант вирішення даної ситуації.

3. Визначте завдання даного кейсу, як методу навчання.

Приклади кейсів для вирішення

Кейс 1

Чоловік 1946 року народження, народився у м. Києві, має середню освіту, практично всю трудову діяльність провів на заводі, працюючи радіотехніком.

Перші ознаки деменції проявилися ще у 50-річному віці, після смерті близького друга (депресія, агресія, конфліктність, дратівливість). За особистою ініціативою звертався до лікарів, але всі окреслені ознаки були віднесені до наслідків стресу та стомленості, а не проявів хвороби.

Завжди спокійний, стриманий чоловік почав піднімати руку на дружину. Одного разу, через неконтрольовану агресію, напав на неї та завдав серйозних тілесних пошкоджень, через що вона була змушена викликати на допомогу психіатричну бригаду.

Після огляду чоловіка, медики прийняли рішення помістити його в психіатричну клініку, де проводилося медикаментозне лікування проти агресії. Саме там, шляхом відповідної діагностики, було встановлено, що у нього хвороба Альцгеймера. Після завершення клінічного лікування чоловіка відпускають додому.

Хвороба продовжує прогресувати. Зменшується коло інтересів, зростає рівень апатії, спостерігається замкнутість та стриманість у стосунках із рідними. Стрімко погіршується моторика, хворий може справляти природні потреби в неустановленому місці, трапляються випадки, коли він розмовляє зі своїм відображенням у дзеркалі або пробує побити його кулаком.

Наразі чоловік не може самостійно ходити, тому більшість часу проводить у ліжку та практично весь час спить. У нього появилися пролежні, він не може самостійно приймати їжу, втрачені мовленнєві навички, здатність до самообслуговування, тому потребує годування та стороннього догляду й підтримки.

Питання для обговорення:

1) Які стадії деменції описані в кейсі?

2) До якого спеціаліста слід було звернутися на початку хвороби?

3) Як правильно організувати простір в домашніх умовах з врахуванням симптомів від різних форм деменції? Чому важливо залучити ерготерапевта?

4) Які допоміжні санітарно-гігієнічні засоби необхідно використати у процесі надання послуги догляду хворому з боку соціального робітника?

Завдання

1. Проаналізуйте ситуацію, описану в кейсі за відповідним алгоритмом.

2. Визначте оптимальний варіант вирішення даної ситуації.

3. Визначте завдання даного кейсу, як методу навчання.

Кейс 2

«Мене звуть Аркадій, моїй мамі 63 роки. Діагноз деменції їй поставили тому ще 7 років, але незвичну поведінку я став помічати набагато раніше, десь більше 12-ти років назад. У мами були скарги на те, що болять очі, що їй важко концентруватися на певному предметі, оскільки складно це зрозуміти «головою». Ще вона жалілася на часті головні болі та запаморочення голови.

У зв'язку з цим пройшла обстеження у кардіолога, здала необхідні аналізи (кров, сечу, цукор), але лікар особливих проблем зі здоров'ям не знайшов, єдине, що він виявив – підвищений рівень цукру в крові.

Я живу окремо від матері, але коли її провідував, то став помічати певну неадекватність: вона дістала із шафи мою шкільну одежу, питала чому я зараз її не надягаю до школи, як поживають мої однокласники, як йдуть справи у школі (хоча вже пройшло багато років, як я її закінчив).

Трохи згодом почалися скарги на сусідку, яка спеціально до неї заходить аби щось вкрасти. Дзвінки з цього приводу ставали дедалі частіше не тільки мені на роботу, але й у поліцію. Я не розумів, що відбувається, але ця незвична поведінка стала мене напружувати і я став зриватися та час від часу кричати на неї. Після того, як мама накинулася на сусідку з кулаками (з якою дружила все своє життя), мені стало ясно, що їй потрібен психіатр.

Не дивлячись на те, що він виписав їй необхідні ліки, вже було пізно. Мені здавалося, що вже нічим мамі допомогти не можливо. Спочатку я їздив до неї один раз на тиждень, закупав продукти, прибирав, готував їжу, бо сама вона готувати не хотіла і, як мені здавалося, взагалі лінилася щось робити по дому. Але через деякий час вона перестала вживати їжу, що я готував. В той же час, сама ходила в магазин, купляла по кілька кілограмів цукерок, могла купити 10 пляшок оцту або кілька буханок хліба.

На мої зауваження вона казала, що не розуміє моїх претензій. Тоді й появилася ідея, пустити до неї на квартиру квартирантку, яка б могла за нею доглядати. Але поки ми шукали таку людину, мама випадково впала та зламала шийку

стегна. Лікарня, погіршення стану її здоров'я привели до того, що я був змушений переїхати до неї особисто.

Жити з нею стало зовсім не стерпним. Вона постійно докучала питаннями, чому я в неї, чому не їду до себе. Спочатку я пробував пояснювати щось, а потім став злитися та кричати на неї.

Особливо складно її було одягати на вулицю, вона могла натягнути на себе купу лишнього одягу або навпаки – роздягнутися так, що виходити на люди було б не зручно.

Кожних 5-10 хвилин вона могла почати розказувати все те, що я чув 100 разів…мені було потрібно весь час думати, чим її зайняти та спостерігати за поведінкою.

Почалися проблеми з неутриманням сечі, але від памперсів вона відмовилася, більше того, якщо мені вдавалося їх одягати, то вона їх зривала.

Оскільки мама – пенсійного віку, то ще однією проблемою для мене виявилося оформлення та отримання пенсії. Поки що ці питання залишаються відкритими».

Питання для обговорення:

1) Вказати діагноз у жінки, описаному в кейсі.

2) Які стадії розвитку хвороби описані в кейсі?

3) До якого спеціаліста слід було звернутися аби установити діагноз деменції?

4) Як правильно організувати догляд за хворою жінкою?

5) Які заняття можна проводити у домашніх умовах?

6) Які засоби гігієни можуть стати в нагоді цій жінці

Завдання

1. Проаналізуйте ситуацію, описану в кейсі за відповідним алгоритмом.

2. Визначте оптимальний варіант вирішення даної ситуації.

3. Визначте завдання даного кейсу, як методу навчання.

Кейс 3

«Мене звуть Оксана. Я соціальний робітник. Мої клієнти – люди похилого віку, які живуть з деменцією. У цій сфері працюю більше 12 років. Останні 6 років моїм завданням є проведення індивідуальних занять на дому та групові заняття в Денному центрі для хворих на деменцію.

Одній із моїх клієнток 81 рік, вона має очевидні проблеми з пам'яттю, проявляє негативні емоційні реакції на рідних, капризи та інфантильність. За моїми спостереженнями, їй найбільш комфортно згадувати себе у студентському віці, саме тоді вона відчуває себе щасливою, розказує про студентські загони, пісні під гітару….З юнацьким ентузіазмом готова на все, що я їй пропоную під час індивідуальних занять чи на групових зустрічах. Щодо членів її родини, то вони спочатку зустріли мене з недовірою, а до занять ставилися з іронією. Жартували, що їй час «йти до дитячого садочку», часто її перебивали, акцентували увагу на повторах дій. Моє завдання – не нашкодити клієнтці, тому я дуже делікатно просила родичів не заважати, а по можливості, навпаки, все робити разом.

Наразі ставлення родичів до занять змінилося, її чоловік та онук приєднуються до нас, коли ми робимо фізкультуру. Фізичні розминки, дихальні вправи, пальчикова гімнастика – все це вона виконує з великим ентузіазмом. Ми також разом малюємо, займаємося ліпкою з глини. Жінка пам'ятає багато пісень та віршів, тому ми читаємо та записуємо нові, часто їх повторюємо. Не секрет, що одним із основних умов ефективності вправ на розвиток пам'яті є добре опрацьована методика. Ми почали займатися з нею в теплу пору року і наші зустрічі проходили на вулиці. Я просила показати місцевість, спостерігаючи, як орієнтується моя клієнтка на місцевості. Ми також разом описували предмети, які нас оточували, вводили поняття «далеко-близько», «великий-маленький», «подобається-не подобається», що допомагало зрозуміти, що саме викликає утруднення і якого характеру.

Одного разу восени, коли ми гуляли у парку, я запропонувала їй зібрати гербарій та потім працювали з ним всю зиму. Ще якось, перебуваючи на вулиці, пускали та ловили мильні бульбашки, це було добра фізична вправа, яка об'єднала танці та дихальну гімнастику разом. Жінка у цей час була природньою та безпосередньою, що дуже добре хворим на деменцію, оскільки в цей час до них повертаються емоції. Загалом, вправи, які я застосовую у роботі, достатньо різнопланові, вони тренують не тільки саму пам'ять хворого, але слух, мову, зір, увагу, мислення, кмітливість, здатність до аналізу та формування власної думки.

З досвіду роботи можу рекомендувати з такими клієнтами використовувати багато різних вправ, але слід це робити послідовно, поетапно обираючи найбільш доцільні та дієві вправи в залежності від їх самопочуття та настрою. В залежності від стану клієнтки, заняття можна проводити від однієї до двох годин, але кожна вправа має продовжуватися протягом 15-20 хвилин, а потім слід обов'язково робити перерву. Дуже важливо для отримання результатів від цих вправ – їхня регулярність».

Питання для обговорення:

1) Які підходи у роботі з клієнткою застосувала соціальний робітник?

2) Описати інструменти, які були використані у роботі соціального робітника з клієнткою.

3) Вказати, що саме найбільше впливає на ефективність індивідуальних занять з клієнткою? Чому важлива підтримка з боку членів родини?

4) Як можна знайти контакти з родиною під час роботи з хворим на деменцію та від чого це залежить?

Завдання

1. Проаналізуйте ситуацію, описану в кейсі за відповідним алгоритмом.

2. Визначте оптимальний варіант вирішення даної ситуації.

3. Визначте завдання даного кейсу, як методу навчання.

Список використаної літератури

1. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки: методичний посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми та підлітками / Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна ; за ред. Т. В. Журавель;. – К., 2010. – 168 с.

2. Ситуационный анализ, или Анатомия Кейс-метода /под ред. Ю.П. Сурмина. – К. : Центр инноваций и развития, 2002. – 286 с.

3. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician (англ.) // Journal of psychiatric research : journal. – 1975. – Vol. 12, no. 3. – P. 189–198.

РОЗДІЛ 2. ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ ДО НАДАННЯ ПОСЛУГИ ДОГЛЯДУ ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ДЕМЕНЦІЄЮ

2.1. Загальні підходи та принципи навчання фахівців соціальної сфери

Люди похилого віку з деменцією відносяться до особливої категорії клієнтів соціальних закладів, оскільки у них виникає цілий ряд потреб, не характерних для інших категорій населення. Мова йде про потреби, які пов'язані із обмеженням/відсутністю трудової діяльності, зниженням соціальної та фізичної активності, погіршенням самопочуття, зміною ціннісних орієнтирів, способу життя тощо.

Для їх вирішення соціальні робітники та інші фахівці соціальної сфери повинні володіти широким арсеналом знань та практичних навичок, які пов'язані з наданням соціальних послуг та забезпеченням якісного догляду в домашніх чи інституційних умовах. Як правило, це потребує від них постійного навчання та самопідготовки у сфері догляду за людьми, які живуть з деменцією та соціальної роботи. Наука, яка займається питання навчання дорослих, називається андрагогікою.

Примітка!

Андрагогіка – наука про навчання дорослих, котра обґрунтовує діяльність дорослих, які навчаються та тих, хто їх навчає.

Основні положення андрагогіки:

– можливість швидкого застосування отриманих знань, умінь та навичок;

– провідна роль в процесі навчання того, хто навчається;

– прагнення до самореалізації;

– наявність життєвого досвіду в якості джерела навчання;

– навчання для вирішення важливої життєвої проблеми й досягнення конкретної мети у роботі з клієнтами;

– навчання регламентується часом, просторовими, професійними та соціальними факторами;

– навчання має бути організоване як спільна діяльність: того хто навчає і того, хто навчається (на етапах планування, реалізації, оцінювання, корекції та кар'єрного зростання).

Принципи андрагогіки:

– актуалізація результатів навчання,

– ефективність навчання, яка передбачає надання учасникам можливості вибору цілей, змісту, форм, методів, джерел, засобі та місця навчання,

– розвиток освітніх потреб,

– усвідомлене навчання, пріоритет самостійного навчання,

– спільна діяльність з тими, хто навчає,

– опора на досвід учасників; індивідуалізація, системність та контекстність навчання.

Основні характеристики дорослого, що навчається:

– усвідомлює себе самостійною, самокерованою особистістю;

– накопичує життєвий (побутовий, професійний, соціальний) досвід, який стає важливим джерелом навчання;

– прагне за допомогою освіти вирішити свої професійні амбіції та швидкої реалізації отриманих знань на практиці.

При навчанні дорослих потрібно також враховувати: інформаційно-методичні потреби; партнерську взаємодію між усіма учасниками, які залучені у процес навчання; методичний супровід учасників навчання. Зріле самовдосконалення передбачає свідому і цілеспрямовану участь фахівця в різносторонньому розвитку своєї особистості протягом *чотирьох етапів* (рис. 2.1.1):

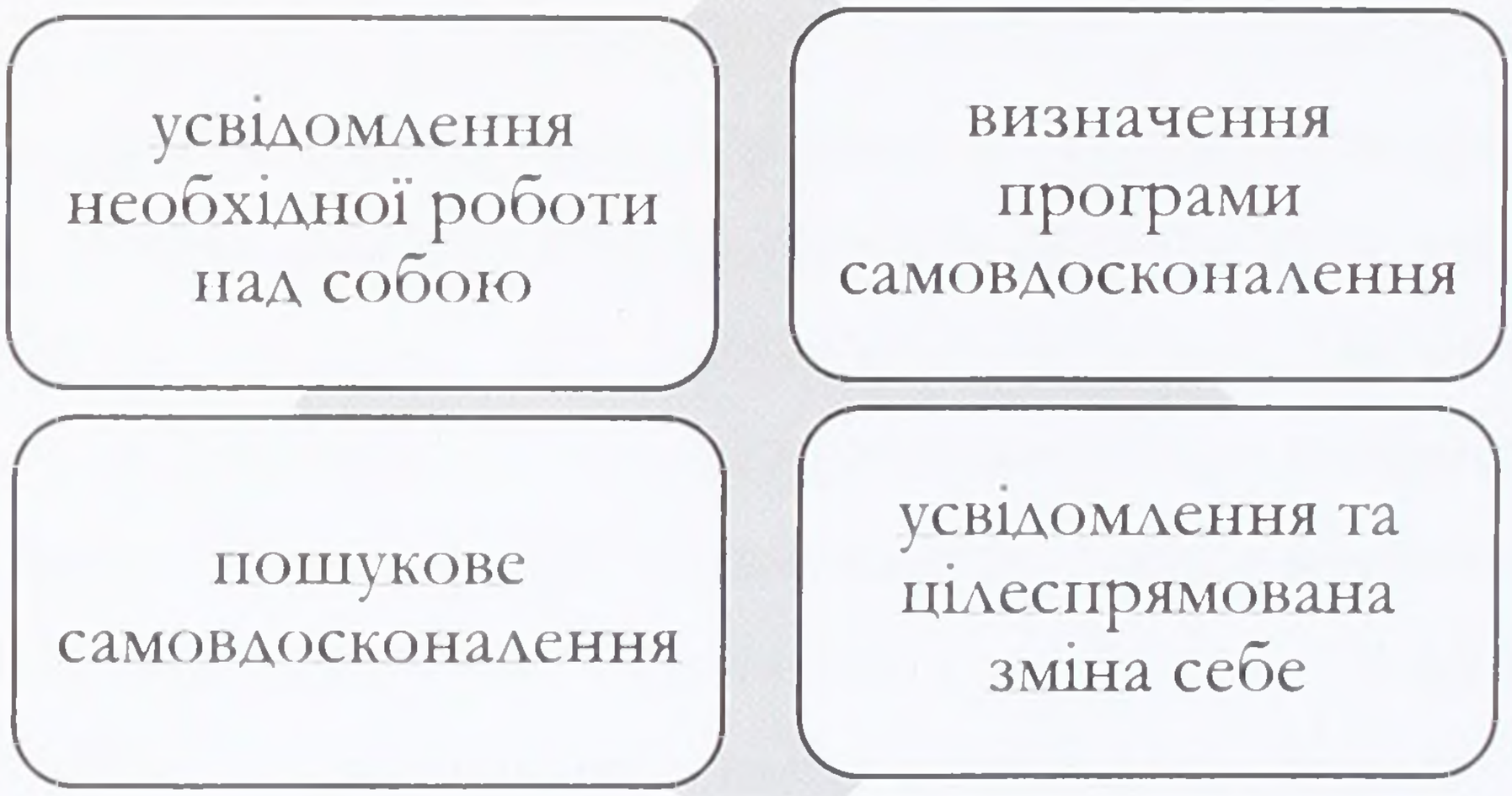


Рис.2.1.1. Етапи розвитку особистості у процесі самовдосконалення

Примітка!

Професійне самовдосконалення особистості – специфічний вид професійної діяльності, як важливий компонент підготовки та перепідготовки фахівця.

Мета професійної діяльності фахівців (соціальних робітників) – надання соціальних послуг, спрямованих на створення умов із забезпечення життєдіяльності осіб, що частково або повністю втратили/не набули здатності до самообслуговування й потребують постійної сторонньої допомоги та здійснення моніторингу й контролю за якістю надання послуги.

Метою професійного самовдосконалення фахівців (соціальних робітників) є досягнення рівня висококваліфікованого фахівця, професійно компетентної та досвідченої у своїй сфері. Необхідні умови, при яких активізується *професійне самовдосконалення* подано схематично на рис. 2.1.2:

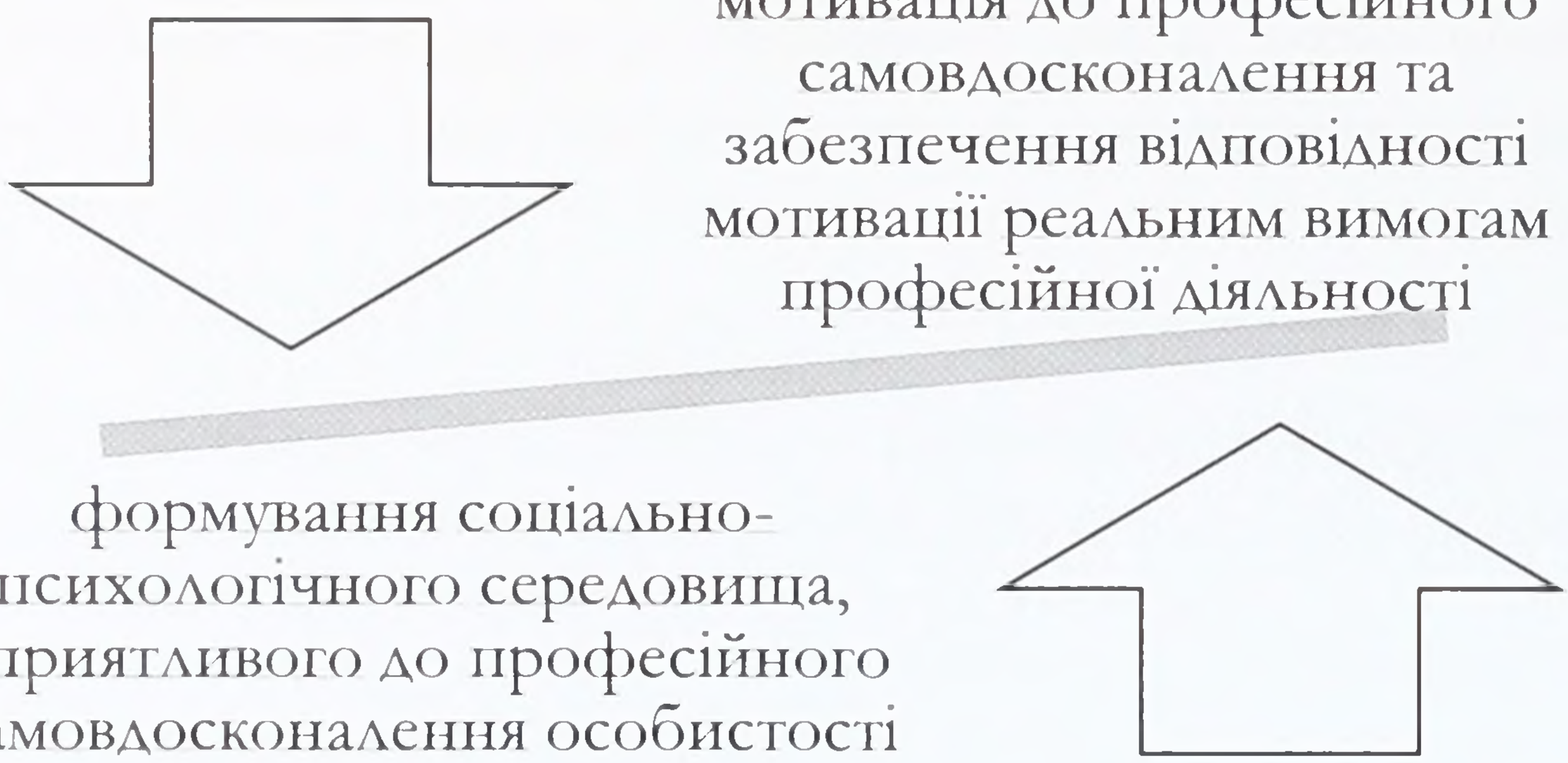


Рис.2.1.2 Необхідні умови для професійного самовдосконалення особистості

До факторів професійного самовдосконалення та професійного розвитку відносяться: індивідуальні особливості, вимоги до професійної діяльності та конкурентність на ринку праці.

До складових професійного самовдосконалення спеціалістів відносять: професійне самопізнання, професійне самовизначення, професійну самоорганізацію та професійну самореалізацію (див. рис. 2.1.3):

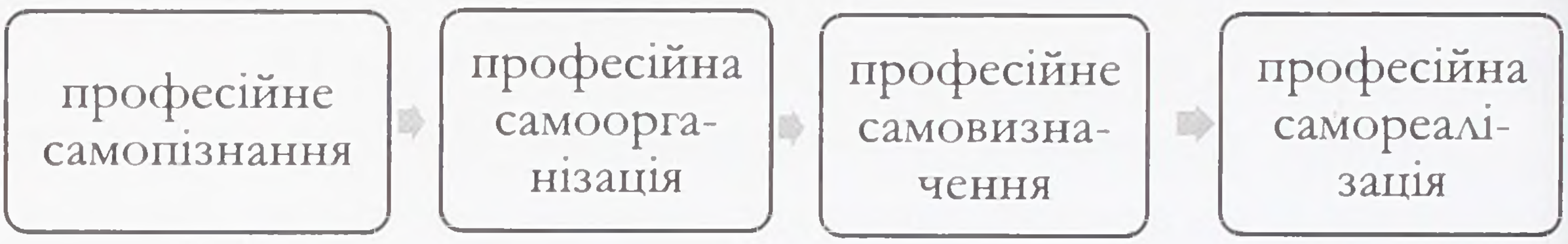


Рис.2.1.3 Складові професійного самовдосконалення

У процесі професійного самовдосконалення виділяють феномен професійного самопізнання, який грунтується на розумінні мети, норм, цінностей професії, їх прийняття та припускає пізнання та осмислення власних можливостей чи завдань.

Примітка!

Професійне самопізнання – це усвідомлення особистості себе як професіонала та своїх професійних якостей, можливостей, здібностей.

Професійне самопізнання пов'язано із розвитком та вдосконаленням професійно важливих якостей, серед яких: професійне мислення, професійні знання, уміння, навички. Все це має безпосередньо стосуватися й професійного

самовизначення фахівців соціальної роботи, оскільки є свідомим виявленням та утвердженням власної позиції у проблемних ситуаціях чи у випадку прийняття рішення щодо подальшої долі клієнта. Загалом, поглиблення знань, уточнення професійного самовизначення, професійна самоорганізація та професійна самореалізація відбуваються протягом усього етапу професійної діяльності усіх фахівців у сфері соціальної роботи.

Примітка!

Професійне самовизначення – це процес формування ставлення особистості до себе як суб'єкта професійної діяльності та його результат.

Професійна самоорганізація – здатність особистості самостійно визначати мету й першочергові завдання, організовувати їх поетапне вирішення, контролювати цей процес та аналізувати одержані результати з метою подальшого розвитку, удосконалення професійно необхідних умінь, якостей та здібностей.

Професійна самореалізація – це розкриття якостей, можливостей, здібностей та досягнення максимального результату в професійній діяльності.

Професійна самореалізація є складним організованим та багатоетапним процесом поступового перетворення професійного потенціалу на реальний ресурс.

Щодо професійного самовдосконалення фахівців соціальної сфери, то його слід розглядати як процес розвитку професійно-значущих якостей та підвищення рівня професіоналізму.

Шляхи професійного самовдосконалення:

– спільна діяльність фахівця і клієнта;

– спільна робота фахівців соціальної сфери;

– рефлексія власної професійної діяльності, що сприяє мотивації до самовдосконалення;

– актуалізація власного потенціалу у процесі професійного самовдосконалення;

– готовність до участі у колективній рефлексії (самоаналіз, подолання крайнощів в поведінці та діяльності; толерантність, усвідомлення своєї відповідальності за прийняття рішень).

В основу професійного самовдосконалення фахівців у сфері соціальної роботи покладено *модель Девіда Колба* (рис. 2.1.4).

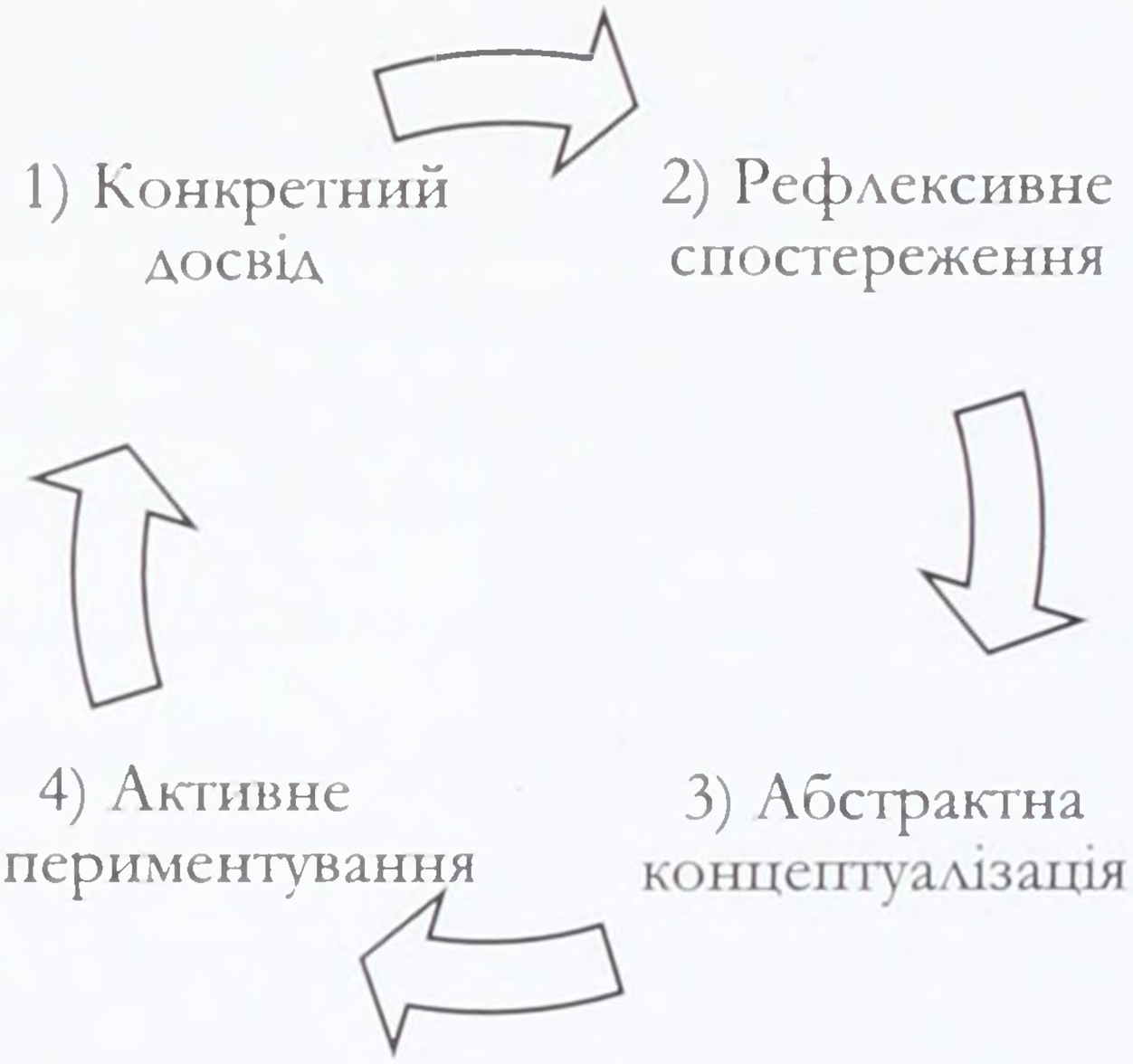


Рис. 2.1.4 Модель Девіда Колба

У цій моделі процес навчання розглядається як комплекс з чотирьох послідовних етапів: 1) конкретного досвіду,

2) рефлексивного спостереження, 3) абстрактної концептуалізації 4) активного експериментування.

Якщо фахівці прагнуть до навчання та максимально збільшують свої можливості у навчанні (на основі професійної діяльності та обміну досвідом), то цикл навчання є простим, але дієвим стартовим механізмом. На кожному етапі будь-якої діяльності мають місце питання, проблеми та паузи, які допомагають оцінити прогрес та направити фахівців відповідно до циклу навчання, щоб вони змогли охопити стільки можливостей у навчанні, скільки дозволяє їх досвід.

На *першому етапі* навчання слухачі можуть використовувати власний досвід або набувати його за допомогою спеціально організованої взаємодії у навчальній групі.

На *другому етапі* створюються умови для спостереження та рефлексії набутого досвіду та обговорення думок. Ця фаза допомагає розширити рамки досвіду: спостерігаючи, порівнюючи, аналізуючи. Разом з цим, фаза рефлексивного спостереження розширює ціннісні та поведінкові компоненти.

Під час *третього етапу* «абстрактної концептуалізації» співвідносяться власні висновки з обраної теми, використовуючи професійну рефлексію та поглиблюючи усвідомлення своїх професійних можливостей. Як результат, набуваються знання, цінність яких не в інформативності, а в творчому характері.

На *заключному етапі* циклу особливе значення має можливість перевірити сформульовані висновки. Це стадія перевірки на реальних кейсах, що приводить до набуття нового конкретного досвіду, який стає початком нового циклу навчання у майбутньому.

Не всі слухачі почуваються, у рівній мірі, впевнено та комфортно на кожній із чотирьох стадій навчання. Як правило, більшість із них, віддає перевагу якомусь одному із цих етапів.

Основні умови, які забезпечують ефективність навчання дорослих впродовж життя: самосвідомість й відповідальність; наявність життєвого досвіду (побутовий, соціальний, професійний); мотивація навчання; короткий термін навчання, який вимагає застосування інтенсивних форм навчання.

У навчальній діяльності особливе місце займає мотивація слухача, його система пізнавальних потреб та ставлення до одержуваної інформації. Традиційні форми навчання не завжди відповідають таким вимогам. Тому, як правило, застосовуються інтерактивні методи навчання дорослих, які на відміну від традиційних, базуються на активній взаємодії учасників навчального процесу, при цьому основна увага надається взаємодії слухачів між собою. Такий підхід дозволяє активізувати навчальний процес, зробити його більш цікавим та продуктивним.

Коли ми навчаємося найкраще? Коли нам цікаво! (рис.2.1.5):

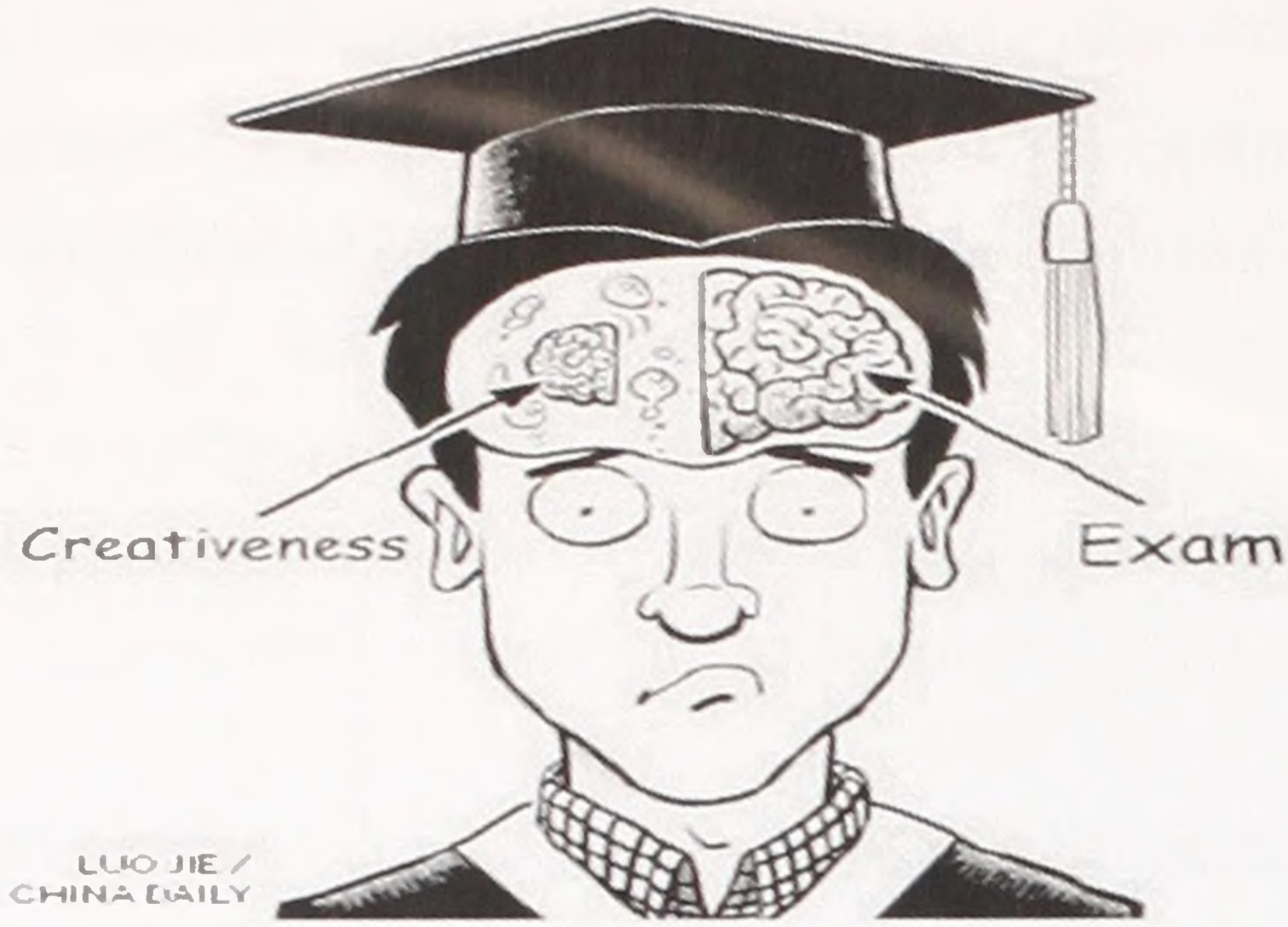


Рис.2.1.5 Зацікавленість у навчанні

Розробляючи будь-яку програму навчання для фахівців, що працюють з людьми похилого віку з деменцією, потрібно зосереджувались на використанні саме інтерактивних методів навчання, оскільки їх головними перевагами є:

– орієнтація на співпрацю викладача (ведучого, тренера)та слухача;

– оптимальне співвідношення теорії та практики;

– активний самостійний пошук;

– творчий підхід до навчальної діяльності;

– створення особливої емоційної атмосфери;

– опора на самооцінку та самокритичне ставлення до базового рівня підготовки.

Впродовж навчання дорослих особливе значення має підготовка навчальної програми. Схема розробки начальної програми, визначення її компонентів та рівні педагогічної

взаємодії було запропоновано директором Міждисциплінарного центру дидактики вищої школи Білефельдського університету В.-Д. Веблером (рис. 2.1.6).

Рис.2.1.6. Схема педагогічної взаємодії

Мета. Метою навчальної програми – підвищення рівня поінформованості щодо проблеми; зміна ставлення до проблеми; формування позитивної мотивації; вироблення та розвиток навичок адаптивної поведінки.

Учасники. Визначається цільова група на яку спрямована дана програма. Саме від цільової групи залежить мета, визначається зміст програми, відповідно до неї підбираються методи навчання.

Зміст. Зміст навчання визначається із заявленої мети цільової групи.

Методи. Метод навчання – спосіб реалізації мети навчальної програми через роботу суб'єктів освітньої діяльності, який обмежений рамковими умовами.

Рамкові умови. При розробці програми важливе значення відводиться різним деталям, які прямо можуть не відноситися до означених вище елементів (рис. 2.1.6.), однак матимуть серйозний вплив на ефективність навчання у цілому. Наприклад: стан приміщення (у якому проводиться навчання), забезпеченість обладнанням чи необхідними матеріалами (для проведення навчання), початок навчання, його тривалість тощо.

Координатор (тренер, педагог). Від умінь координатора, його кваліфікації багато в чому залежить успіх навчання і подальша професійна діяльність його учасників. У цьому процесі важливе значення відводиться таким поняттям як *«форма»* та *«метод»*.

Примітка!

Форма – це обмежена у часі та просторі взаємозумовлена діяльність координатора (тренер, педагог) та слухачів щодо підвищення професійної компетентності, професійного самовдосконалення й розвитку.

У процесі навчання дорослих найчастіше використовуються такі форми роботи: конференція, семінар, вебінар, круглий стіл, майстер-клас, просвітницький тренінг.

Примітка!

Конференція – форма організації діяльності, що заздалегідь запланована для обговорення певної проблематики, яка покликана обговорювати поставлені перед нею питання та ухвалювати узгоджені рішення.

Конференції організовують у випадку, якщо необхідно обговорити певні соціальні проблеми, обмінятися думками та інформацією, виробити рекомендації чи скласти експертну думку. Характерною ознакою цього процесу є дискусія, а її результатом – осмислення проблеми й вироблення рішення.

У процесі організації конференції доцільно дотримуватися певних *параметрів щодо таких понять як:*

– *раціональність* (вибір теми конференції, постановки цілей та завдань);

– *підготовка* (зміст доповідей, співдоповідей, виступів, рекомендацій, внесених доповідачами як результат самостійної творчої праці; підготовка наочності та інших демонстраційних матеріалів);

– *дотримання процедури проведення* (повідомлення теми, регламенту роботи; психологічний настрій на сприйняття та обговорення інформації учасниками конференції);

– *порядок* (зацікавленість у змісті доповідей та повідомлень);

– *зміст* (глибина, повнота розкриття теми);

– *ефективність* (формування світогляду учасників на задану проблему; поглиблення та розширення діапазону знань у даній галузі науки; задоволення учасників від проведеної конференції).

Примітка!

Круглий стіл – форма спільного обговорення проблем, ситуацій, пошуку нових ідей з метою конструктивного вирішення нагальних професійних проблем та кваліфікованої відповіді/коментарів з найбільш актуальних чи складних для самостійного осмислення питань.

Використання круглих столів у процесі навчання дорослих дає змогу сприяти налагодженню партнерської взаємодії між фахівцями різних напрямів соціальної сфери. Круглі столи використовуються у навчанні дорослих з такими *цілями:* визначення можливостей професійної громади у вирішенні проблем на місцевому рівні; презентація діяльності різних організацій та залучення соціальних працівників/робітників, партнерів до участі у семінарах-тренінгах; обговорення питань соціальної роботи, актуальних для професійної громади.

При їх використанні стає можливим *вирішення низки завдань і проблем*: дає можливість співпрацювати із усіма учасниками, дозволяє знаходити компромісні варіанти розв'язання складних проблем, забезпечує вирішення спільних завдань.

Круглий стіл є доволі поширеною формою обговорення в наукових та навчальних сферах діяльності не залежно від мети, оскільки форма проведення дозволяє за любих умов досягти необхідного результату (див. рис. 2.1.7):

Умови проведення круглого столу	1) пошук новітніх шляхів вирішення ситуації
	2) генерація нових ідей
	3)обговорення існуючих проблем
	4) оприлюднення результатів дослідження
	5) підведення підсумків проекту/програми

Рис. 2.1.7 Умови проведення круглого столу

Дана форма використання для навчання дорослих дієва на різних етапах вирішення проблеми – як на етапі ідентифікації, так й під час пошуку рішень. Всі учасники мають рівні права та позиції, немає лекторів і слухачів. Всіх присутніх вважають експертами із проблеми, яку обговорюють. Запрошених умовно можна об'єднати у дві групи: 1)учасники, які ознайомлені з проблемою; 2) учасники, яких безпосередньо ця проблема стосується.

Наступна форма, яка використовується у навчанні дорослих є також дуже поширеною. Мова йде про тренінгове навчання.

Примітка!

Тренінгове навчання – форма групових занять за активної участі слухачів з метою набуття навичок, необхідних у повсякденній професійній діяльності задля успішного вирішення проблем.

Існує також декілька підходів до визначення тренінгу як певного шаблону узагальнених принципів діяльності:

1. Тренінг як тренування.

2. Тренінг як форма активного навчання.

3.Тренінг як метод створення умов для саморозкриття особистості.

Саме у процесі тренінгу вирішуються наступні *завдання*:

– усвідомлення й прийняття наявних точок зору на проблему та способи її вирішення;

– напрацювання норм взаємодії в результаті спільної діяльності учасників та ведучого;

– усвідомлення значущості власної позиції, її впливу на процес прийняття рішень;

– оволодіння знаннями, формування умінь на навичок, необхідних для вирішення конкретної проблеми.

За допомогою тренінгу слухачі мають змогу навчатись на своєму власному досвіді. Окрім того, вони можуть визначити для себе й напрацювати ті якості, яких їм не вистачає щоб зробити крок вперед і, в майбутньому, уникнути попередніх помилок.

Ця форма навчання сприяє:

– науково-методичній обізнаності слухачів,

– переосмисленню сформованої системи знань, умінь, навичок,

– оволодінню інноваційними методами роботи щодо вирішення певних соціальних проблем із певною категорією клієнтів.

Не менш популярною формою навчання дорослих є *майстер-клас*, як можливість ознайомитися із новими методами й формами роботи.

Примітка!

Майстер-клас – конкретне заняття із вдосконалення практичної майстерності, що проводиться експертом у відповідній сфері.

Його *мета* – підсилення мотивації слухачів до професійного зростання, ознайомлення з інноваційним досвідом у соціальній сфері, поширення успішних практик тощо. Майстер-клас відрізняється від семінару тим, що під час його проведення викладач розповідає та наочно демонструє як застосовувати на практиці нові методи роботи з клієнтами. Методика проведення майстер-класів не містить стандартних та єдиних норм. Як правило, це короткотривала зустріч, яка умовно складається з *трьох етапів*, а саме:

– *презентація інноваційного досвіду* (методу, кейсу) у цілому (особливий акцент на його технологічний аспект);

– *відпрацювання ключових елементів інноваційного досвіду*;

– *розробка можливого алгоритму впровадження інноваційного досвіду на базі організації*, представниками якої є учасники майстер-класу.

Роль майстер-класу полягає у підсиленні мотивації слухачів до професіональних змін, набуття нових знань, обмін досвідом, визначення сучасних орієнтирів у сфері соціальної роботи. Активізація пізнавальної діяльності всіх учасників майстер-класу забезпечується шляхом формування мотивації та пізнавальної потреби у конкретній діяльності; стимулювання пізнавального інтересу, організації вмінь з

планування, самоорганізації і самоконтролю та здійснення індивідуального підходу до кожного учасника майстер-клас.

Для проведення майстер-класу запрошуються експерти у галузі соціальної роботи. Середня тривалість майстер-класу 2,5–3 год. В основу роботи покладено діяльнісний принцип, який передбачає не лише теоретичну частину щодо розв'язання певної проблеми, але й набуття вмінь та навичок слухачами. Тут обов'язковим є дотримання *правила «Трьох П»* (рис.2.1.8):

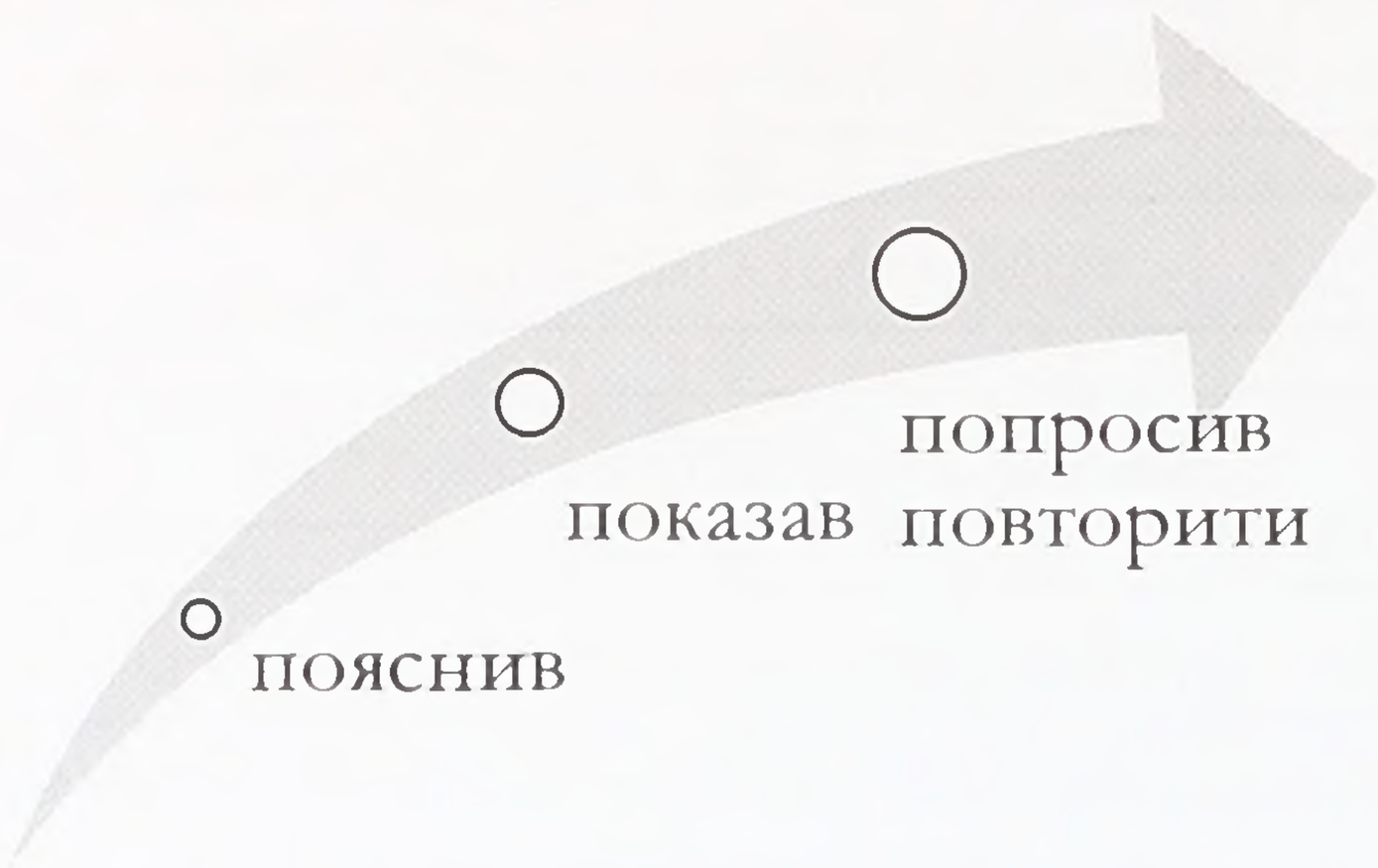


Рис.2.1.8 Правило «Трьох П»

Наприкінці майстер-класу учасники мають можливість не тільки теоретично засвоїти певний матеріал, але й спробувати свої сили. Методи навчання дорослих також є достатньо різноплановими.

Примітка!

Методи (грец. methodos –«шлях до чогось») – спосіб досягнення мети або певним чином впорядкована діяльність.

Під методами роботи розуміють сукупність засобів та прийомів реалізації процесу щодо підвищення професійної компетентності та самовдосконалення в процесі навчання дорослих. Вибір методів залежить від багатьох аспектів, пов'язаних зі складом учасників навчання та рівнем їх знань щодо тематики та змісту програми (схематично подано на рисунку 2.1.9):

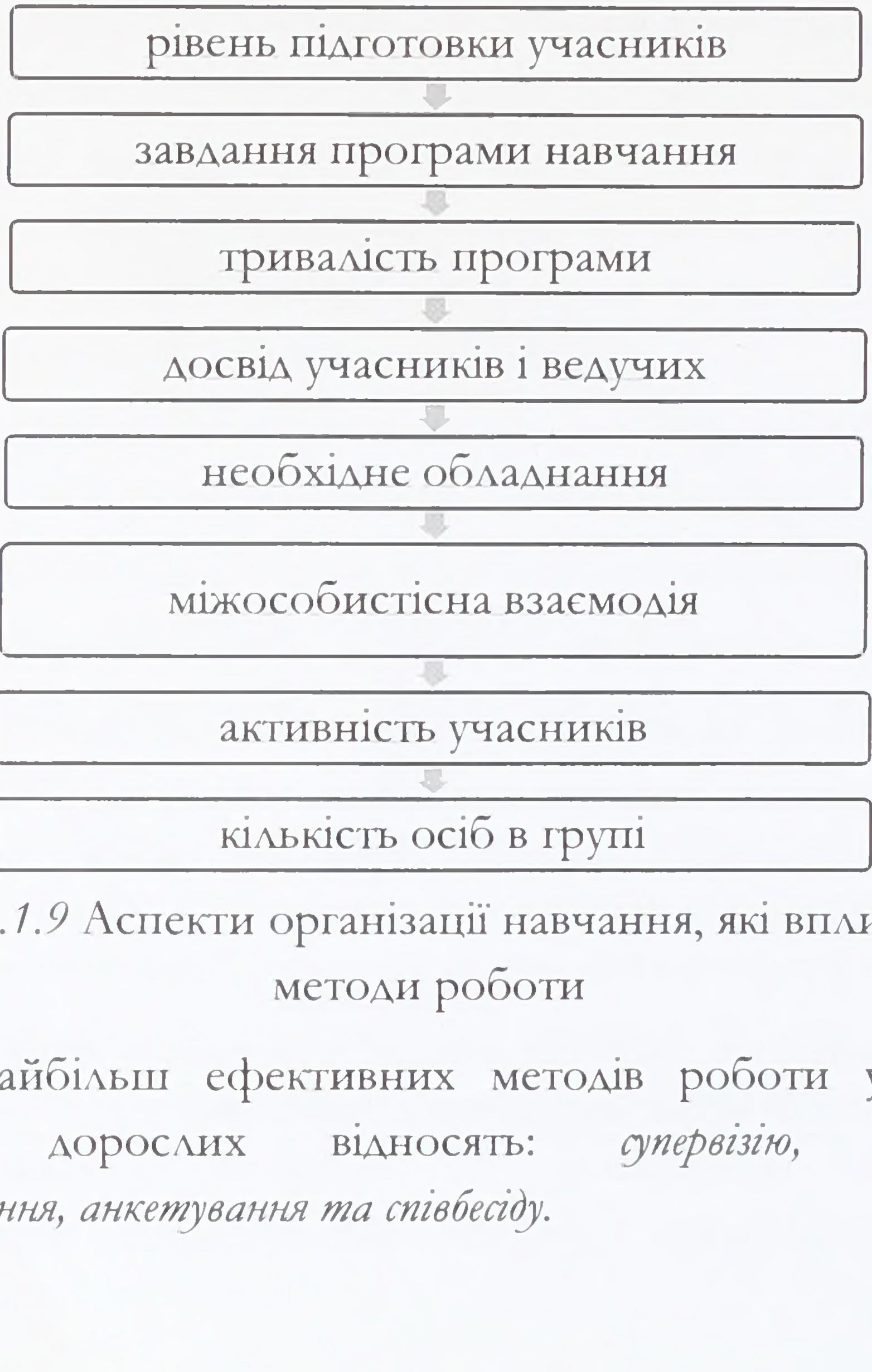


Рис. 2.1.9 Аспекти організації навчання, які впливають на методи роботи

До найбільш ефективних методів роботи у процесі навчання дорослих відносять: *супервізію, інтервізію, консультування, анкетування та співбесіду.*

Супервізія є дуже важливим інструментом у підготовці фахівців, які працюють з людьми похилого віку із деменцією.

Тому вона розглядається як *метод підтримки і допомоги у професійній діяльності.* З одного боку, це навчання або навчальна ситуація, а з іншого – терапія та корекція, оскільки робота здійснюється в особистісному контексті. Вона важлива для розширення професійного рівня, професійних знань і умінь та просто, для особистісного розвитку слухачів. Супервізія проводиться у формі навчальної супервізії (інструктаж, оперативне коригування, кураторство, наставництво, менторство) та навчального консультування. Як правило, зосереджується на питаннях, які потребують додаткового втручання, інформації, консультування тощо.

Основне завдання супервізії – аналізі діяльності фахівців (практиків) та надання зворотного зв'язку, що допомагає сформувати цілісне бачення діяльності, усвідомити свої сильні та слабкі сторони, розробити стратегічний план подальшого професійного розвитку.

Функції супервізії: освітня, нормативно- спрямовуюча та підтримуюча, які не заміняють, а доповнюють одна одну (див. рис 2.1.10):

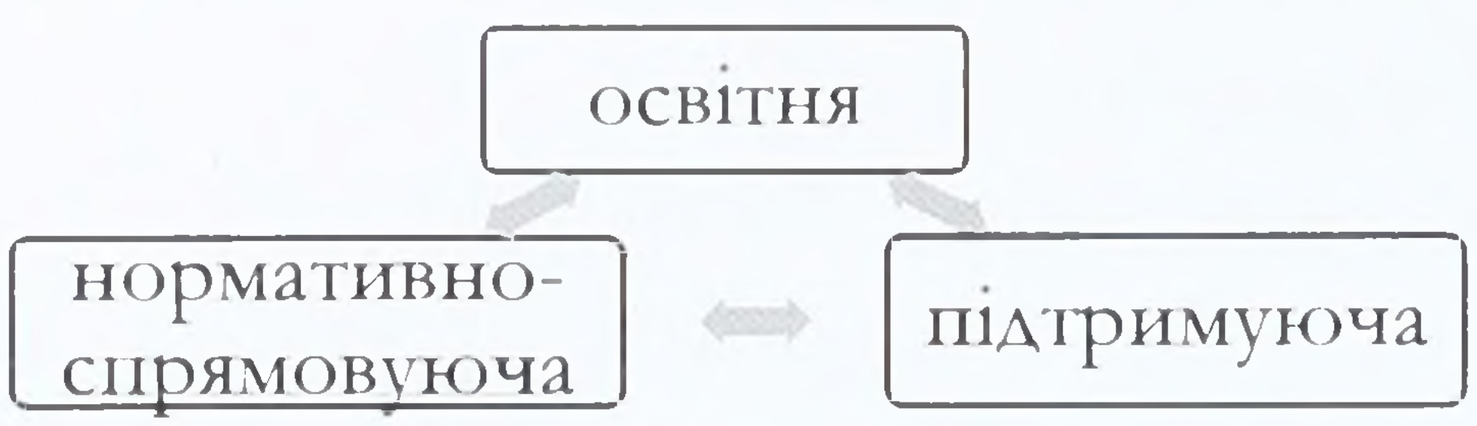


Рис.2.1.10. Функції супервізії

Освітня. Отримання нового досвіду та інформації, інструментарію роботи, вдосконалення навичок аналізу своєї діяльності, вміння викладати матеріал, розвиток комунікативних навичок, навички щодо прийняття рішень.

Підтримуюча. Підтвердження необхідного рівня професійності, зменшення «тягаря» відповідальності, розуміння неминучості помилок, а також відчуття підтримки з боку колег чи експертів.

Нормативно-спрямовуюча. Здійснення професійної діяльності відповідно до нормативно-правових документів, посадових інструкцій, стандартів послуг, дотримання етичних норм, кодексів тощо.

Елементи взаємозв'язку супервізії включають: регулярність контакту; чесність в стосунках; розвиток нових знань та навичок й мотивацію до подальшого навчання й професійного зростання.

Супервізія дозволяє працівникам отримати підтримку і мати можливість обговорити усі складнощі в роботі; дає можливість розвиватися через тренування, керівництво, інструкції, тренінги та моделювання ролей.

Супервізія буває декількох *типів:*

- *групова;*
- *індивідуальна;*
- *включена* (безпосереднє спостереження за роботою);
- *групи рівних* (еквівалентні).

Виділяють такі моделі супервізії (рис.2.1.11):

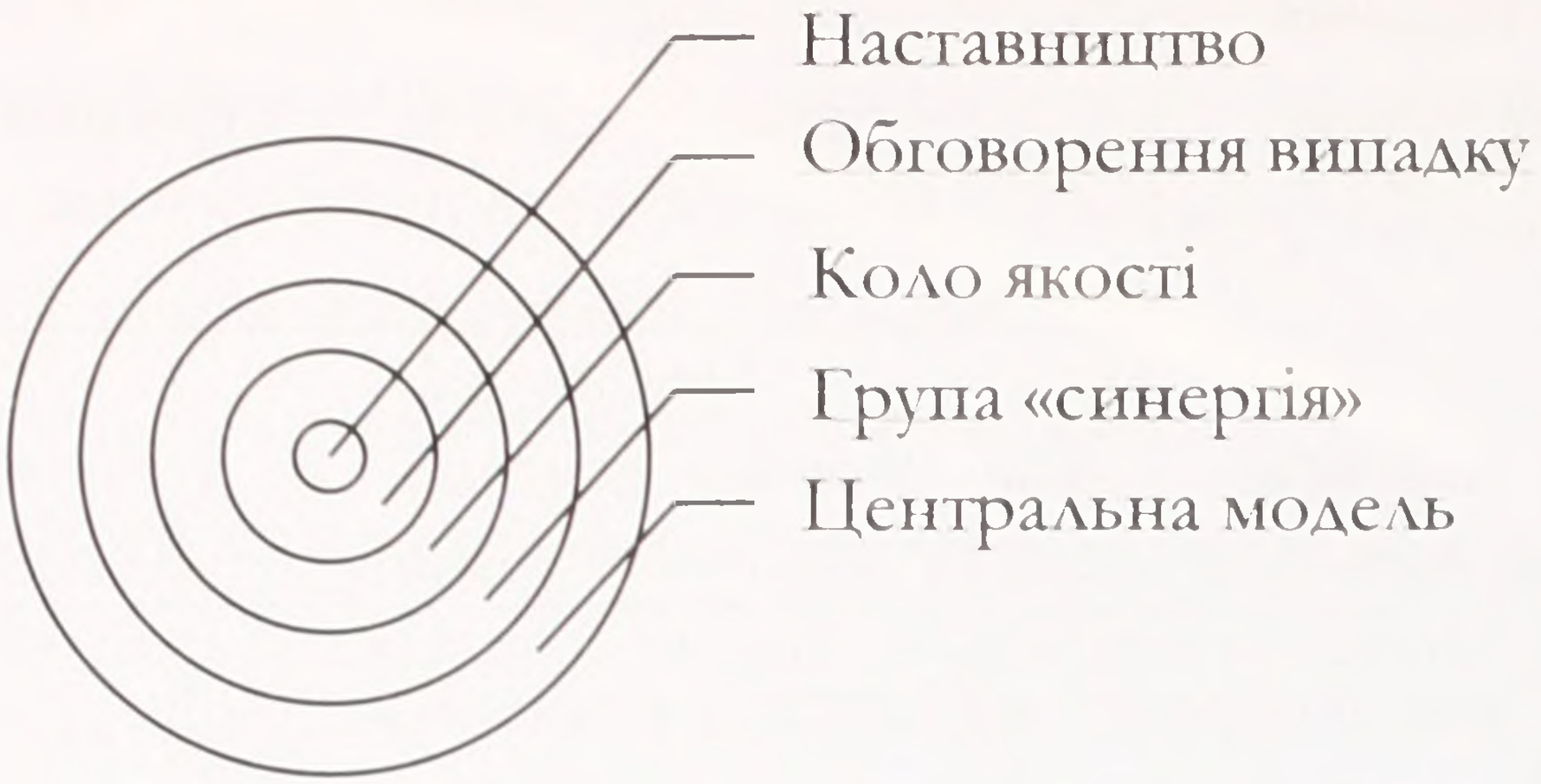


Рис. 2.1.11. Моделі супервізії

Кожна модель розроблена для створення можливості інтенсивного навчання фахівців в п'яти різних контекстах, де одна модель може бути більш відповідною для конкретної ситуації, ніж інші. Під час проведення супервізії консультант допомагає фахівцям з питань підвищення кваліфікації через:

– надання критичного, конструктивного зворотного зв'язку та оцінки його діяльності;

– корегування можливих помилок та похибок у відтворенні засвоєних знань, умінь та навичок;

– допомогу в плануванні майбутніх кроків професійного саморозвитку та самовдосконалення.

Метод супервізії дозволяє вирішити професійні труднощі, проаналізувати ефективність роботи з клієнтами, оцінити та переосмислити реакції в складних ситуаціях, об'єктивно оцінити професійні можливості, взаємини з клієнтами й колегами та знайти нові рішення.

Інтервізія – один із найбільш популярних та ефективних інтерактивних методів професійної підтримки фахівців соціальної сфери.

Примітка!

Інтервізія – вид групової супервізії, де суб'єктом аналізу виступають самі учасники процесу (на зразок «груп рівних»).

Це метод роботи рівних за рівнем фахівців, де кожен член команди допомагає іншому учаснику вирішити технічні проблеми, пов'язані із професійною діяльністю. При цьому роль ведучого – вибіркова, оскільки він не приймає участі в роботі, а тільки стежить за регламентом та правильністю проведення процедури. Інтервізія підсилює мотивацію учасників до професійного самовдосконалення, сприяє зростанню професійної компетентності, вчить приймати рішення, вести конструктивний діалог, відстоювати власну позицію та сприяє формуванню навичок надання зворотного зв'язку.

У процесі інтервізії народжуються унікальні кейси, головними учасниками яких є присутні у колі спеціалісти. І, виносячи цей кейс на загальне обговорення, учасник отримує можливість почути думку колег, детально проаналізувати ситуацію, отримати критичні зауваження та конструктивні поради. Щодо спеціалістів, які допомагають у вирішенні проблемної ситуації, то у процесі інтервізії створюється унікальна можливість відпрацювати навички активного слухання, активізувати знання щодо проблеми, виробити

вміння співвідносити власне професійне бачення. Практика інтервізії передбачає вирішення учасниками тільки технічних питань, тим самим зберігаючи кордони їх власного «Я».

Як метод підтримки інтервізія допомагає:

– обмінюватися інформацією з колегами;

– знайомитися з методами і техніками роботи, поглядами й підходами своїх колег, більш ефективно вирішувати професійні завдання;

– вирішувати проблеми, пов'язані із психологічним дискомфортом;

– встановлювати і підтримувати ефективні ділові відносини горизонтального плану для вирішення питань технічного характеру;

– поліпшувати якість надання послуг для людей похилого віку з деменцією та їх родинами.

Метод консультування передбачає надання консультацій з актуальних проблем, які виникають у процесі надання послуг для людей похилого віку з деменцією та їх родинам.

Примітка!

Консультування – метод, пов'язаний із наданням допомоги у вигляді порад або рекомендацій щодо вирішення складних життєвих обставин клієнтів соціальної роботи.

Складні життєві обставини - обставини, що негативно впливають на життя, стан здоров'я та розвиток особи, функціонування сім'ї, які особа/сім'я не може подолати самостійно (ЗУ «Про соціальні послуги»).

Чинники, що можуть зумовити складні життєві обставини для людей похилого віку з деменцією: а) похилий вік; б) часткова або повна втрата рухової активності, пам'яті; в) невиліковні хвороби, хвороби, що потребують тривалого лікування; г) психічні та поведінкові розлади, ґ) інвалідність;д) бездомність

Консультації ґрунтуються на добровільному зверненні фахівців до експертів з метою пошуку правильних рішень щодо проблем клієнтів, які опинилися у складних життєвих обставинах. Такі консультації можуть стосуватися способів вирішення проблеми чи умінь опиратися на соціальні ресурси.

Види консультування подано на рис. 2.1.12.

Рис. 2.1.12. Класифікація видів консультування

На практиці виділяють кілька послідовних етапів консультування, кожен з яких спрямований на вирішення певних завдань та цілей:

1. аналіз проблеми
2. постановка проблеми
3. формулювання цілей
4. розробка рішень
5. реалізація рішення.

Проведення консультації у формі діалогу дає змогу: *по-перше,* встановити тісний контакт та атмосферу довіри між соціальним робітником та фахівцем, а *по-друге,* налагодити взаємодію через активне спілкування.

Анкетування – один з найпоширеніших методів отримання інформації письмовим заповненням у соціальній роботі.

Примітка!

Анкетування – метод отримання інформації шляхом письмових відповідей респондентів на систему стандартизованих запитань попередньо підготовлених бланків (анкет).

Дотримання правил при розробці анкет:

– зміст запитань має відповідати темі та завданням опитування;

– форма запитань має відповідати загальній характеристиці респондентів;

– запитання повинні бути короткими, зрозумілими, доступними для опитуваних;

– мати охайне оформлення;

– бути придатними для комп'ютерного опрацювання.

Переваги анкетного опитування: можливість опитати в короткі терміни велику кількість людей; можливість проводити опитування серед конкретних груп населення; універсальність.

Особливість цього методу: анонімність, коли особистість респондента не фіксується, а фіксуються лише його відповіді.

Даний метод проводиться у випадках, коли необхідно охопити велику кількість людей за короткий термін.

Ще один дуже поширений метод у соціальній роботі – *співбесіда.*

Примітка!

Співбесіда – метод, спрямований на вирішення конкретного питання з метою його максимального об'єктивного аналізу, пошуку альтернативних рішень, оптимального використання наявних та пошуку додаткових ресурсів.

Є п'ять найбільш ефективних методів співбесіди (рис. 2.1.13):

Рис.2.1.13 Методи співбесіди

Структурована співбесіда: розмова один на один, в ході якої задаються стандартні питання (це типовий метод роботи, і, за статистикою, є дуже популярним).

Ситуаційна співбесіда: задаються гіпотетичні ситуації та умови, співрозмовник повинен спробувати їх вирішити в режимі реального часу.

Проективна співбесіда: схоже на ситуативну, але використовується рідше (методика роботи полягає в тому, що всі акценти переносяться на третю особу).

Співбесіда за компетенцією: найдовше інтерв'ю з усіх названих.

Стресова співбесіда: нестандартний метод, коли в залежності від мети використовують кілька прийомів організації подібної співбесіди.

Співбесіда є доволі складним видом фахового спілкування, оскільки значною мірою це експромт, для якого

треба мати не тільки значний життєвий досвід, але й величезний ресурс теоретичних та практичних знань.

Якщо співбесіда направлена на оптимальне використання наявних ресурсів у слухачів, тоді саме у такий спосіб викладач може допомогти скласти, наприклад, орієнтовний план дій щодо процесу підвищення професійної компетентності чи професійного самовдосконалення/розвитку спеціаліста.

Можливий алгоритм співбесіди:

– типізація прогалин у знаннях, уміннях і навичках слухачів;

– визначення оптимального змісту програми навчання для підвищення професійної компетентності чи професійного самовдосконалення/розвитку для корекції знань;

– розробка алгоритму дій, спрямованого на усунення прогалин;

– забезпечення зворотного зв'язку;

Головним завданням співбесіди може було складання орієнтовного плану дій, що передбачає визначення чіткого терміну його виконання та можливості корегування.

Застереження: для того, аби співбесіда була ефективною *не можна*: перебивати співрозмовника; різко прискорювати темп бесіди; негативно оцінювати особистість співрозмовника; підкреслювати відмінність між особою та співрозмовником; зменшувати дистанцію.

Контрольні запитання для самоперевірки

1. Надати визначення поняття «андрагогіка» та вказати її значення для досліджень у сфері «людина-людина».

2. Які основні положення андрагогіки відносяться до діяльності соціальних робітників у сфері послуг?

3. Вказати основні принципи андрагогіки.

4. Які етапи участі фахівця у процесі навчання чи підвищення кваліфікації з метою самовдосконалення?

5. Сформулювати умови, при яких активізується мотивація до професійного самовдосконалення особистості.

6. Назвати складові професійного самовдосконалення спеціалістів/фахівців у сфері «людина-людина».

7. Дати визначення понять «професійне самопізнання», «професійне самовизначення», «професійна самоорганізація» та «професійна самореалізація».

8. Розкрити зміст моделі Девіда Колба, яка визначає зміст професійного вдосконалення фахівців у сфері соціальної роботи.

9. Вказати умови, які забезпечують ефективність навчання дорослих впродовж життя.

10. Вказати структурну схему розробки начальної програми, її компонентів та описати рівні педагогічної взаємодії.

11. Надати визначення понять «форма» та «метод», які часто використовуються у просвітницькій роботі та у процесі навчання дорослих.

12. Описати найбільш поширені форми роботи, які застосовуються у процесі навчання дорослих (конференція, семінар, вебінар, круглий стіл, майстер-клас, просвітницький тренінг).

13. Описати найбільш поширені методи, які застосовуються у процесі навчання дорослих (супервізія, інтервізія, консультування, анкетування, співбесіда).

14. Який метод передбачає надання консультацій із актуальних проблем, які виникають під час роботи з клієнтами соціальної роботи? Надати його загальну характеристику.

15. Пояснити з якою метою використовують анкетування та вказати правила, яких необхідно дотримуватися при розробці анкет.

16. Вказати методи співбесіди та алгоритм проведення.

Завдання для самостійної роботи

1) Обрати одну із зазначених форм роботи (конференція, семінар, вебінар, круглий стіл, майстер-клас, просвітницький тренінг) та скласти сценарний план проведення для експертів та соціальних робітників, що планують надання послуги догляду для людей похилого віку, які живуть з деменцією.

2) Розробити анкети для фахівців із соціальної роботи, які проходять підвищення кваліфікації за темою: «Організація послуги догляду для хворих на деменцію».

3) Підготувати план супервізії для соціальних робітників територіального центру соціального обслуговування населення, які надають послугу догляду для людей похилого віку протягом 2 років.

Список використаних джерел

1. Маргошина И. Ю. Супервизия и интервизия в практической деятельности клинического психолога [Електронний ресурс] / Маргошина И. Ю. – Режим доступу: http://www.medpsy.ru/climp/2015_3_9/article22.php.

2. П'ять методів співбесіди [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://pracja.com.ua.

3. Супервизия в социальной работе : метод. материалы для специалистов учреждений социальной защиты / Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации Департамент социальной защиты населения Кемеровской области МКУ «Социально–реабилитационный центр для несовершеннолетних «Маленький принц»». – Кемерово : [б. и.], 2014. – 12 с.

4. Тимошенко Н. Є. Професійне самовдосконалення соціальних працівників у ресурсних центрах: монографія / Тимошенко Н. Є. – 2017. – 176 с.

5. Троценко Н. Є. Професійне самовдосконалення соціальних працівників у ресурсних центрах : дис. … канд. пед. наук : 13.00.05 / Троценко Наталія Євгенівна. – К., 2012. – 243 с.

2.2. Тренінгове навчання «Особливості спілкування з людьми похилого віку, які живуть з деменцією»

Стрімке збільшення людей похилого віку, які живуть з деменцією, потребує професійної підготовки соціальних робітників та інших фахівців для проведення оцінки потреб та надання послуги догляду в домашніх умовах.

Дані методичні матеріали «Особливості спілкування з людьми похилого віку, які живуть з деменцією» мають на меті формування необхідних знань та навичок щодо ефективного спілкування; дотримання відповідних правил поведінки й етики соціального працівника та уникнення конфліктних ситуацій з врахуванням незвичної поведінки та специфіки захворювання.

Структура навчальної програми

Час	*Зміст діяльності*
День І. Базові підходи до комунікацій	
І Сесія. Структурні вправи	
(2 год 40 хв)	Заповнення вхідної анкети. Відкриття тренінгу.
	Вправа на знайомство «Візитівка»
	Вправа «Правила роботи команди»
	Вправа на очікування «Піщаний годинник»
	Мозковий штурм: психологічні та фізіологічні особливості людей похилого віку
	Інформаційне повідомлення «Психологічні та фізіологічні особливості людей похилого віку»
	Вправа «Робота з кейсами «Коли старість в радість…»

	ІІ Сесія. Толерантність як ресурс для успішної комунікації
(2 год 30 хв)	Вправа на активізацію «Неправда»
	Вправа «Існує думка…..»
	Робота в групах «Ярлики»
	Інформаційне повідомлення «Толерантність як ресурс соціальної взаємодії з людьми похилого віку»
	Вправа «Диво-дерево»
	ІІІ Сесія. Психологічні підходи до комунікацій
(2 год 30 хв)	Вправа на активізацію «Банзай!»
	Мозковий штурм «Список наших проблем у спілкуванні та взаємодії з людьми похилого віку»
	Індивідуальна робота. Вправа «Мені 70…»
	Вправа «Сліпий, Глухий, Німий»
	Інформаційне повідомлення «Бар'єри та рекомендації щодо спілкування з людьми похилого віку»
	Вправа «Як і про що розмовляти/не розмовляти з людьми похилого віку?». Робота у групах
	Вправа «Підведення підсумків дня».
	День ІІ Формування комунікативних навичок
	І Сесія. Комунікації та комунікативні компетенції
(2 год 40 хв)	Рефлексія минулого дня
	Вправа «Таємниці мого імені»
	Мозковий штурм «Як я розумію «комунікацію»
	Інформаційне повідомлення «Поняття комунікативної компетенції. Способи комунікації, які сприяють взаєморозумінню у спілкуванні»
	Вправа «Я хочу бути хорошим комунікатором»
	Мозковий штурм «Що я можу зробити для того аби мене краще зрозуміли інші люди»

	Робота в групах «Обговорення ситуацій, пов'язаних із маніпуляціями з боку клієнтів
ІІ Сесія. Побудова успішної комунікації	
(2 год 30 хв)	Вправа на активізацію «Всі знають, але ніхто не знає, що….»
	Індивідуальна робота. Анкета «Чи вмієте ви слухати?»
	Вправа «Вміння слухати»
	Інформаційне повідомлення «Активне слухання»
	Рольова гра «Телефонний дзвінок»
	Вправа «Власний простір»
	Практичне завдання «Як змінити форму спілкування?»
	Робота у групах «Ідеальна комунікація з клієнтом»
ІІІ Сесія. Особливості спілкування з конфліктними людьми	
(2 год 30 хв)	Вправа на активізацію «Так – Ні»
	Інформаційне повідомлення «Спілкування з «важкими» людьми»
	Вправа «Цукерка». Робота у малих групах.
	Вправа «Як навчитися відповідати на грубість, не втрачаючи власної гідності». Робота у групах.
	Вправа «Підведення підсумків дня». Рефлексія
День ІІІ Вирішення конфліктних ситуацій у процесі спілкування	
І Сесія. Конфліктність та види конфліктів	
(2 год 30 хв)	Рефлексія минулого дня
	Вправа на активізацію «Саймон каже…»
	Перегляд мультфільму «Конфліктна ситуація»
	Індивідуальна робота. Тест «Чи конфліктна я людина»?
	Мозковий штурм «Асоціація до слова «Конфлікт»

	Інформаційне повідомлення «Що таке конфлікт. Крива конфлікту»
	Групова робота «Розгляд конфліктів та шляхів їх вирішення»
	II Сесія. Способи вирішення конфліктів
(2 год 30 хв)	Вправа на активізацію «Їстівне - не їстівне»
	Вправа «Шість капелюхів де Боно»
	Мозковий штурм «Найбільш поширені конфлікти, які виникають у процесі роботи з людьми похилого віку»
	Інформаційне повідомлення «Як запобігти ескалації конфліктів?»
	III Сесія Управління конфліктами
(2 год 30 хв)	Вправа на активізацію «Біп!»
	Інформаційне повідомлення «Техніки управління конфліктною ситуацією»
	Вправа «Яблуко та черв'ячок»
	Робота в парах. «Вирішення кейсів, які пов'язані з конфліктами між клієнтом та соціальним робітником»
	Групове обговорення «Притча»
	Підведення підсумків тренінгу. Зворотній зв'язок. Заповнення вихідної анкети учасниками тренінгу.

День І. Базові підходи до комунікацій. І Сесія. Структурні вправи.

Відкриття тренінгу.

Мета: надати загальну інформацію про тренінг, організаторів, ведучих, акцентувати увагу на меті та завданнях тренінгу.

Час: 20 хв. *Ресурси*: презентація, програма тренінгу.

Хід проведення: привітання учасників; презентація ведучих тренерів; знайомство з метою та завданнями тренінгу; регламентом роботи; вирішення організаційних питань.

Вправа на знайомство «Візитівка».

Мета: створити умови для кращого сприйняття учасниками один одного та дружньої атмосфери до подальшої роботи.

Час: 30 хв., *Ресурси*: маркери різного кольору, папір формату А4.

Хід проведення: кожен учасник отримує 1 аркуш білого паперу формату А4, складає його навпіл таким чином, щоб була можливість складену конструкцію поставити на стіл або на пряму поверхню перед собою. Потім розкреслює аркуш паперу так, як показано на схемі.

У розкресленій табличці учасник прописує:

1 Своє ім'я

2 Досвід роботи у даній сфері

3 Що заважає в роботі

4 Що допомагає в роботі

Після заповнення візитівки, учасники (по черзі) презентують себе.

Схема лінія загину		
1. Ім'я		
2.	3.	4.

Запитання для обговорення:

– Які думки виникли у Вас, коли працювали над завданням даної вправи?

– На що Ви звертали увагу, коли йшла презентація колег?

– Чому саме ці питання були запропоновані учасникам для презентації?

– На що спрямована дана вправа?

Вправа на прийняття правил роботи у групі «Правила роботи команди»

Мета: сформувати та прийняти разом з учасниками правила роботи у групі для дотримання регламенту роботи протягом всього тренінгу та для активної, плідної діяльності.

Час: 10 хв, *Ресурси*: папір А1, маркери різного кольору

Хід проведення: для того, щоб легше та комфортніше було працювати ведучому та учасникам разом, група повинна дотримуватися визначених правил роботи. Ведучий закріплює плакат з написом «Правила», пояснюючи кожен пункт.

– *Дотримуватися регламенту.* Всім учасникам необхідно приходити точно у призначений час і тренер зобов'язується завершувати вчасно. На виконання певних завдань у групі також дається певний час, і його необхідно дотримуватися.

– *Правило піднятої руки.* Коли учасники хочуть висловитися – піднімають руку.

– *Бути щирим.* Необхідно брати участь у всіх запропонованих вправах та завданнях. Чим активніше

учасники залучені у роботу, тим більше корисного отримають для себе.

– *Поважати інших.* Важливо звертатися один до одного на ім'я, уважно слухати, коли говорить інший учасник/учасниця.

– *Спілкуватися без критики.* Слід утримуватися від зауважень та вказівок. Кожен має право висловитися, при цьому думки можуть мати розбіжності, але це не означає, що хтось правий, а хтось ні. Це означає лише, що скільки людей – стільки думок.

– *Телефони на «вібро».* Під час роботи на тренінгу необхідно переводити телефони у беззвучний режим, щоб дзвінки не відволікали всіх учасників.

– *Використовувати «Я-висловлювання».* Говорити від свого імені. Утримуватися від узагальнення. Наприклад: «Я вважаю, що це має бути так…», замість «Усі так думають».

Вправа на очікування «Піщаний годинник»

Мета: сформувати очікування учасників, визначити основні напрями роботи тренінгу.

Час: 40 хв. *Ресурси*: фліпчарт, великий аркуш паперу, на якому намальований піщаний годинник, стікери жовтого кольору, вирізані у формі кола за кількістю учасників.

Хід проведення: перед початком тренінгу ведучий вивішує на фліпчарті великий аркуш паперу, на якому намальований піщаний годинник. Кожен учасник одержує у формі кола стікер жовтого кольору, що символізує піщинки. Протягом 3

хв. учасники повинні подумати та прописати на даному стікері власні очікування від роботи на даному тренінгу.

На наступному етапі учасники, по черзі, проговорюють власні очікування та наклеюють стікери на верхній частині піщаного годинника. Перед закінченням тренінгу, коли підводяться підсумки роботи, ведучий звертає увагу учасників на очікування, які зазначалися на початку даної зустрічі. Якщо очікування учасників справдилися – вони перевішують стікери у нижню частину годинника, при цьому проговорюючи власні досягнення.

Запитання для обговорення:

– Про що свідчать наші очікування?

– Чому так важливо їх визначати на початку роботи?

Вправа «Мозковий штурм: психологічні та фізіологічні особливості людей похилого віку»

Мета: розглянути та виділити разом з учасниками психологічні та фізіологічні особливості, які притаманні саме даній віковій групі: людям похилого віку.

Час: 10 хв. *Ресурси*: листи А1, маркери різного кольору

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам поговорити про те, які можна виділити особливості, що притаманні саме людям похилого віку та як вони проявляються. Учасникам потрібно перерахувати можливі варіанти.

Всі відповіді учасників ведучий фіксує на аркуші А1 та підсумовує роботу групи.

Запитання для обговорення:

– Які думки виникли у Вас, коли працювали над завданням даної вправи?

– Що нового дізналися нового?

Інформаційне повідомлення «Психологічні та фізіологічні особливості людей похилого віку»

Мета: збільшити рівень поінформованості учасників тренінгу щодо психологічних та фізіологічних особливостей, що притаманні людям похилого віку.

Час: 10 хв. *Ресурси*: презентація, листи А1 з наробками.

Хід проведення: перш, ніж надавати інформацію щодо психологічних та фізіологічних особливостей людей похилого віку, ведучий наголошує учасникам про сутність самого процесу старіння. Далі ведучий знайомить учасників тренінгу з найважливішими характеристиками, які притаманні людям похилого віку, їх психологічними та фізіологічними особливостями. Тренер більш детально зупиняється на обговоренні стану людей, які хворіють на деменцію, пояснює особливості перебігу хвороби деменції, Альцгеймера, Паркінсона (хвороба тремтячих рук) тощо.

Запитання для обговорення:

– На які роздуми наштовхнула Вас інформація щодо даної теми? Чи збігається вона зі знаннями, які були у вас до сьогоднішньої зустрічі?

– Яку нову інформацію Ви отримали завдяки повідомленню? Яким чином це може вплинути на вашу ефективність у роботі з такими клієнтами?

Робота з кейсами» «Коли старість у радість…»

Мета: відпрацювання практичних навичок роботи з людьми похилого віку, використовуючи власний досвід роботи з даною категорією клієнтів.

Час: 35 хв, *Ресурси*: ситуації для кожної групи, маркери різного кольору, листи А1.

Хід проведення: І етап. Ведучий запитує в учасників «Чи завжди старість - не радість?» Ми звикли поважати літніх людей, а ось розуміти не завжди вміємо ... Як треба спілкуватися з літніми людьми, щоб їх старість не була нікому тягарем? Ні для кого не секрет, що люди похилого віку - далеко не благополучна частина населення. Скарги на те, що життя у старості важке, чуються з усіх боків. У геронтології, науки, що вивчає проблеми старіння, є навіть таке поняття – «щаслива старість» та «старість хвороблива». Як їм допомогти та зробити їх старість щасливою, незважаючи на хвороби, маленькі пенсії, не завжди ввічливих лікарів у поліклініці, нашу вічну зайнятість та поспіх? Усіх бід, які звалюються на плечі літньої людини, не перерахувати. І проте ми упевнені, що старість може бути в радість. Перевіримо?

ІІ етап. Ведучий об'єднує учасників у 4 групи. На кожну групу дається ситуація

Ситуація 1	У мами - склероз. Боюся, що вона коли-небудь може не вимкнути воду чи газ і влаштує пожежу або потоп….
Ситуація 2	Батьки ображаються, що я зрідка їх відвідую і забуваю подзвонити. Невже вони не розуміють, що у мене є сім'я і робота?
Ситуація 3	Мати лізе допомагати мені по господарству, а сама вже нічого не розуміє. Прошу її: не потрібно нічого робити, відпочивай. А вона - в сльози!
Ситуація 4	Чоловік перевіз свекруху до нас з села, але там у неї було господарство, кози, вона зі всім справлялася ... А у нас вона живе на всьому готовому і все одно охає, стогне, що все болить

Коментар до ситуації 1. Склеротичні зміни мозку неминучі в літньому віці. Перші ластівки склерозу: людина раптом на ходу забуває, що хотіла сказати, імена і прізвища своїх знайомих, раз у раз втрачає дар мови. Багато хто списує таку забудькуватість на втому, неуважність. Насправді, вже після 40-а років, більшості людей слід починати прийом препаратів, що покращують пам'ять. Таке лікування може призначити невролог. Ну, а якщо літня людина забудькувата до такої міри, що наражає своє життя на небезпеку? Тоді треба звертатися за допомогою до психіатра. Окрім цього, родичі повинні потурбуватися про його безпеку. Йдучи з будинку, відключати світло та воду на стояку. Потрібно купувати плиту, яка припиняє подання газу, як тільки гасне вогонь. Замок в

квартирі, де живе людина похилого віку, повинен закриватися тільки зовні. Потрібно ставити заглушки на усі електричні розетки та ховати сірники.

Коментар до ситуації 2. Самотність - найстрашніший супутник старості. Дітям увесь час ніколи: у них багато турбот вдома, на роботі, але їм здається, що усі ці батьківські докори: «Чому не зателефонувала?» чи «Коли ти нарешті до мене приїдеш?» - на їх думку – це лише старечі капризи, на них можна не звертати уваги. Дефіцит спілкування дуже болюче позначається на психічному здоров'ї літніх людей. Спочатку виникають образу та думки: «я нікому не потрібний, мене усі покинули», а там і до депресії недалеко. Не секрет, що багато людей похилого віку лікують самотність за допомогою спиртного. Алкоголізм, як чоловічий, так і жіночий, у літньому віці - не таке вже і рідкісне явище. Тому перша заповідь: потрібно телефонувати людям похилого віку якомога частіше. По-друге, спілкуючись з ними, слід намагатися виконувати обіцянки. Довге очікування супроводжується тривогою та панікою, а потім змінюється образою, апатією та відчуженням. Краще вже нічого не обіцяти, пояснивши свою причину такої поведінки (наприклад, багато роботи тощо). По-третє, піклуватися треба не лише про здоров'я батьків, їх правильне харчування, але й про дозвілля. Потрібно завантажити посильними дорученнями, щоб вони не нудьгували вдома. Активні люди менше хворіють, легше справляються із

стресами, вони будуть не так залежні від зовнішніх обставин та дзвінків дітей чи внуків.

Коментар до ситуації 3. Літні люди, у переважній більшості, дуже ранимі, щось не так - сльози. Ця психологічна зміна відбувається навіть з тими, у кого раніше спостерігався досить жорсткий характер. Що найчастіше може скривдити людей похилого віку? Передусім, це відмова від їх допомоги у веденні господарства, критика їх поведінки чи власної думки щодо певної проблеми чи шляхів її вирішення. Таке несприйняття пояснюється як наслідок змін в організмі, які руйнують ту ділянку мозку, що відповідає за критику. Тому читати нотації чи висловлювати обурення досить таки марно. Краще постаратися зрозуміти стареньких, перевести спілкування на іншу, менш дискусійну тему, та спробувати дослухатися до їх думки з позиції активного слухання та підтримки.

Коментар до ситуації 4. Досить часто буває: дорослі діти чи онуки, з кращих мотивів, забирають до себе жити своїх бабусь/дідусів вважаючи, що їм з ними буде краще, але вже через місяць-другий із спритних та цілком самостійних, вони перетворюються на людей з інвалідністю, які не тільки втрачають свою активність, але й часто, вже зовсім не можуть себе обслуговувати.

III етап. Кожна група працює над складанням рекомендацій щодо виходу із запропонованих ситуації.

IV етап. Після роботи у групах учасники презентують свої напрацювання.

Запитання для обговорення:

– Для чого, на Вашу думку, проводилася ця вправа? Що було зрозумілим у кейсі, а з чим було важко розібратися: ситуація, поведінка учасників, варіанти вирішення тощо?

– Яким чином набутий досвід може допомагати соціальним працівникам/робітникам у роботі з цією категорією клієнтів?

ІІ Сесія. Толерантність як ресурс для практичної соціальної роботи

Вправа на активізацію «Неправда»

Мета: підвищити настрій учасників, активізувати їх на подальшу роботу у тренінгу.

Час: 10 хв. *Ресурси*: не потрібно.

Хід проведення: учасники стають у коло і один за одним починають виконувати певні дії, за якими можна б було зрозуміти, що саме учасник імітує. В той час, коли учасник почав демонструвати свої дії, його сусід праворуч запитує: «Що ти робиш?», на що учаснику треба відповісти яку-небудь «неправду», тобто зовсім не те, що він робить, і продовжувати виконувати свої рухи. А тим часом його сусід, отримавши відповідь, починає робити рухи, які б імітували діяльність саме словесної відповіді, тобто «неправди». Тепер уже його запитуватиме сусід праворуч, і тут теж треба «сказати неправду». Всі продовжують виконувати свої рухи, доки коло не замкнеться. Приклади можливих рухів: гребля, копання лопатою, щось писати, співати тощо.

Вправа «Керована дискусія «Існує думка»

Мета: сприяти усвідомленню учасниками наявності стереотипів, як негативно впливають на життя людей похилого віку та необхідності їх розвінчування шляхом надання достовірної інформації.

Час: 30 хв., *Ресурси*: картки з написом: «ТАК», «НІ», табличка з інформацією «Існує думка»

Хід проведення: ведучий розміщує картки з написом: «ТАК», «НІ» по обидві сторони аудиторії та говорить про те, що дуже часто люди не володіють достатньою інформацією про ту чи іншу проблему та опираються у своїх твердженнях на недостовірну інформацію (міфи або стереотипи).

Відомо, що сучасне суспільство з його стереотипами активно пропагує ідею вікової нерівності. Молодь вважається ідеалом фізичної і розумової працездатності із позитивною фазою життя. Існують як позитивні, так і негативні уявлення про старих людей, що впливає на ставлення до них суспільства Стереотипу ж старості, навпаки, надається явно негативне забарвлення.

Ці стереотипи заважають сприймати людей похилого віку диференційовано, як індивідуумів, які дійсно мають між собою певні розбіжності, вони можуть сприяти виникненню соціальних установок і дій, які відбивають у них бажання брати активну участь у повсякденній роботі чи в проведенні активного дозвілля. Це, в свою чергу, може негативно вплинути на життя інших людей.

Далі ведучий зачитує певне твердження із запропонованого списку учасникам та пропонується зайняти одну із позицій: «ТАК» або «НІ».

№	*Думка*	*ТАК*	*НІ*
1	У старих людей знижуються інтелектуальні здібності, погіршується пам´ять, у них нижча здатність до навчання		
2	Старі люди не є політичною силою і потребують захисту		
3	Більшість старих людей погано справляється з роботою; працездатність, продуктивність, мотивація, здатність сприймати новизну, творча активність у них нижчі, ніж у молодих працівників. Вірогідність нещасних випадків у людей похилого віку вища, ніж в інших		
4	Старі люди часто інтелектуально регідні і догматичні. Більшість з них закостеніли у своїх звичках і не здатні їх змінювати		
5	Більшість із старих людей живуть в соціальній ізоляції і страждають від самотності, утримуються в будинках для престарілих		
6.	Більшість старих людей не можуть звести кінці з кінцями через інфляцію		

Після цього кожна група учасників повинна аргументувати свою позицію стосовно даного твердження.

Запитання для обговорення:

– Яка була Ваш мотивація при виборі позиції «ТАК» чи «НІ»?

– Що заважало Вам прийняти правильне рішення?

– Чи впливало на Вашу позицію думка групи?

– Чи важко було вибирати та відстоювати власну позицію?

Робота у групах «Ярлики»

Мета: сформулювати в учасників розуміння про те, як впливають навішування стереотипів та ярликів на ставлення до людей похилого віку і що відбувається з відчуттями даних людей.

Час: 50 хв., *Ресурси*: набори розрізаних картинок (можуть бути пазли) (в залежності від кількості груп), «корони» (виготовляються із двох стрічок паперу (на одній стороні вирізані зубці), склеєні з двох боків), стікери з написом (на кожному стікері інший напис), скоч, ножиці, стиплер.

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у групи. Кожному учаснику на голову одягається «корона» та чіпляються стрічки з написом, які отримали від ведучого. Учасники не бачать, що написано на даних стрічках і забороняється іншим учасникам коментувати написи у своїх колег.

Стікери з написами подано у таблиці нижче.

посміхайся мені	розмовляй зі мною так, нібито я погано чую
будь до мене похмурим	говори мені, що я нічого не вмію
ігноруй мене	старайся мені допомогти виконати завдання
роби замість мене	жалій мене
командуй мною	запитуй мене, як я себе почуваю
не розмовляй зі мною	запитуй у мене, як мої справи

Кожна група отримує завдання: скласти картинку з різних розрізаних шматочків в єдине ціле, але при цьому ставитися до кожного учасника у своїй групі так, як написано на стрічці, який прикріплений до корони. Після виконання завдання (7-10 хвилин) всі учасники сідають на свої місця, не знімаючи корон, та відповідають на питання ведучого: Чи сподобалося Вам, коли з Вами спілкувалися таким чином? Чому? Після того, як усі бажаючі висловилися, учасники знімають свої корони.

Запитання для обговорення:

– Чим в реальному житті можуть бути написи на «коронах»?

– Як впливають подібні «ярлики» на ставлення до людей похилого віку

– Як часто ми зустрічаємося із подібними ситуаціями у житті?

– Як Ви думаєте, що відчуває людина похилого віку, коли йому навішують такий «ярлик»?

Інформаційне повідомлення «Толерантність як ресурс соціальної взаємодії з людьми похилого віку»

Мета: ознайомити учасників з поняттям «толерантність»; сформувати в учасників розуміння того, що кожна людина має свої індивідуальні характеристики і потребує поваги, що є основою толерантності.

Час: 20 хв. *Ресурси*: презентація, листи фліпчарту з наробками.

Хід проведення: ведучий запитує учасників: «Що таке толерантність?», «Які слова-асоціації у вас виникають, коли думаєте про толерантність?», «Чому ми пов'язуємо тему толерантності з людьми похилого віку?».

Далі ведучий дає інформаційне повідомлення щодо проблеми толерантності по відношенню до людей похилого віку.

Запитання для обговорення:

– Якщо в інших людей є ті риси, яких ми не маємо, чи гідні ці люди нашої поваги та сприйняття?

– Чи всі люди заслуговують поваги? Чому?

– Чи є толерантність ресурсом для успішної взаємодії з клієнтами та чому?

– Навести приклади не толерантного ставлення до людей похилого віку та результати такої взаємодії.

– Чи можна виправити такі ситуації та яким чином?

Вправа «Диво-дерево»

Мета: засвоєння інформації з попередньої вправи, направленість учасників на важливість толерантного ставлення до людей похилого віку.

Час: 40 хв. *Ресурси*: картки з лекції (для візуалізації), папір формату А4, нитки з голками по кількості підгруп, маркери різного кольору, лист А1, на якому намальоване дерево.

Хід проведення: перед початком вправи тренер вивішує на фліпчарті великий аркуш паперу, на якому намальоване дерево. Ведучий об'єднує учасників у 4-5 підгруп та звертається до них з такою промовою: «...напевно, усім з дитинства знайомий вірш К. Чуковського «Диво-дерево»:

«Як у наших воріт
Диво-дерево росте.
Диво, диво, диво, диво Пречудесне!
Ні листочки на нім, ні квіточки на нім,
А панчохи та черевики, немов яблука!»

Ведучий: «Як видно із віршика, на цьому дереві росло багато всякої всячини. Але ми з вами виростимо дерево, на якому будуть рости тільки плоди толерантності. Ви можете скористатися інформацією з попередньої вправи або придумати самостійно. На гілках мають бути написані усі критерії, якості толерантності». Кожна підгрупа, на основі інформаційного повідомлення тренера щодо теми толерантності, виокремлює по 3-5 критеріїв, якостей толерантності на окремих аркушах паперу формату А1. На

наступному етапі, виокремлені якості та критерії кожна підгрупа нанизує на нитку у вигляді гірлянди та підвішує на стовбур дерева замість листя.

Запитання для обговорення:

– Чи важко було працювати групам над даним завданням?

– Чи завжди дотримуються критеріїв толерантності, які виділила група по відношенню до людей похилого віку?

– Чому питання толерантності до людей похилого віку продовжує залишатися актуальним та гострим у нашому суспільстві? Вкажіть основні причини.

III Сесія. Психологічні підходи до комунікацій

Вправа на активізацію «Банзай!»

Мета: підвищити настрій учасників, активізувати їх на подальшу роботу.

Час: 10 хв. *Ресурси:* не потрібно

Хід проведення: учасники шикуються в колону за ведучим (тренером)і починають рухатися по уявній стежині один за одним. При цьому ведучий долає уявні перешкоди (перестрибує через яри, лізе на гору, іде болотом тощо), а інші учасники повторюють його рухи. Вигукнувши «Банзай!», ведучий переходить на кінець колони, а той, хто стояв позаду нього, веде колону далі. Гра продовжується, поки всі учасники не побувають у ролі ведучого.

Мозковий штурм «Список наших проблем у спілкуванні та взаємодії з людьми похилого віку»

Мета: визначити основні проблеми, які можуть виникати у процесі спілкування та взаємодії соціальних працівників/робітників з людьми похилого віку.

Час: 25 хв. *Ресурси*: листи А1, маркери, скоч.

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у малі групи по 4-5 осіб. Підгрупам необхідно визначити основні проблеми, на їх думку, які можуть виникати у процесі спілкування та взаємодії з людьми похилого віку. Результатом обговорення має стати список проблем у спілкуванні, запропонований кожною групою. На виконання завдання відводитися 5-7 хв.

Кожна група по черзі називає та обґрунтовує виділену проблему. Члени інших підгруп можуть доповнювати та ставити уточнюючі питання групі, яка презентує свої наробки. Цей процес має відбуватися до тих пір, поки усі проблеми, які виділили учасники груп, не будуть перераховані. Після цього тренер складає список із проблем (на листі А1), які озвучувались під час презентації учасниками тренінгу та проводить ранжування найбільш поширених (до 5-ти проблем).

Приклад перерахованих проблем у спілкуванні з людьми похилого віку:

– незручно дивитися у вічі людям похилого віку;

– нерозуміння мови даної категорії клієнтів;

– страх захворіти самому;

– невміння допомогти у різних ситуаціях людям похилого віку;

– жалість.

Також потрібно зробити наголос на проблемах людей похилого віку, з якими вони стикаються у повсякденному житті.

Дані проблеми можна об'єднати у три великі групи:

– здоров'я та медична допомога;

– матеріальне становище;

– інтеграція в суспільство.

Необхідно звернути увагу, що особливе місце серед проблем людей похилого віку (в аспекті соціальної роботи) займають також проблеми жорстокого ставлення до представників даної вікової групи з боку деяких представників суспільства. Це явище називають ейджизмом. Ейджизм – це негативне, упереджене ставлення суспільства до людей похилого віку, їх знецінення, приниження та дискримінація. Ейджизм найчастіше розуміють як явище, що стосується виключно старих людей, скільки серед населення старшого віку є окремі групи, меншини, які в суспільній свідомості асоціюються з різними негативними характеристиками типу «тягар для держави», «демографічне навантаження», «нахлібники», «старий, що малий», «стара карга» тощо. Звичайно, при цьому спостерігається і неприязне ставлення до літніх та старих людей, має місце демонстративна зневага та ігнорування, а нерідко фізичне і психічне насильство. Хоча, найчастіше, йдеться саме про неналежне ставлення до представників похилого віку, яке досить часто пояснюють тим,

що старих людей дедалі менше поважають та обходяться з ними як з такими, що не заслуговують рівних прав на відміну від інших членів суспільства. Близькою до проявів ейджизму є проблема вияву жорстокості до людей похилого віку.

Виділяють декілька різновидів подібного ставлення:

– фізичну жорстокість (побиття, погрози, сексуальне насильство тощо);

– психологічну жорстокість (словесні образи, формування страху і боязні, ізоляція, здирництво, грубість, безжалісність та ін.);

– експлуатацію та економічну жорстокість (відмова в утриманні, підтримці, обмеження доходів, крадіжки грошей, незаконне відбирання помешкань, нанесення ущербу тощо);

– порушення прав;

– зневагу та інші.

Зрозуміло, що наведений перелік проблем не є вичерпним. Але і зазначені групи негараздів переконливо свідчать про те, наскільки складно людині похилого віку адаптуватися до нових для неї (пов'язаних з віковими процесами) умов існування.

Запитання для обговорення:

– З якою метою проводилася дана вправа?

– Чи важко було працювати групам над даним завданням?

– Дані проблеми у спілкуванні з людьми похилого віку. які виділила група, є суб'єктивними?

– Чи це думка лише даної групи?

Вправа «Мені 70 років»

Мета: сконцентрувати увагу учасників на цінностях людей похилого віку.

Час: 20 хв. *Ресурси*: аркуші паперу формату А4, скоч.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам сісти зручніше, закрити очі та уявити себе, в усіх деталях, як вони будуть виглядати у 70 років. Базові запитання: «У що вони вдягнені? Чим займаються? Де знаходяться? Хто поряд із ними? Який у них настрій?»

Ведучий (тренер) наголошує на тому, щоб учасники виділили важливі цінності у своєму житті, які вони могли б назвати з позиції сімдесятирічної людини? Що для них, з позиції сімдесятирічного, виступає найголовнішим, заради чого варто жити?

Потім пропонує учасникам розплющити очі та поділитися із групою власними міркуваннями та враженнями.

Запитання для обговорення:

– Чи важко було працювати учасникам над даним завданням?

– Які життєві цінності виявилися для учасників найголовнішими? Чому?

– Над чим потрібно замислитися на даний час? Чи поставили учасники себе на місце людей похилого віку?

Вправа «Сліпий, глухий, німий»

Мета: занурити учасників у світ людей похилого віку з обмеженими можливостями та визначити з якими складнощами вони стикаються.

Час: 30 хв. *Ресурси:* не потрібні

Хід проведення: для виконання даної вправи ведучий запрошує 3-х учасників за бажанням, які гратимуть запропоновані на картках ролі людей з проблемами у розвитку:

1-й - не рухається, не чує, але говорить і бачить;

2-й - не говорить, не чує, але рухається та бачить;

3-й - не говорить, не бачить, але чує та рухається.

Завдання для налагодження комунікації: учасникам потрібно зібратися на свято; домовитися, які костюми вони одягнуть та який подарунок вони візьмуть з собою. Їм також потрібно скласти список улюблених продуктів до святкування дня народження; вибрати нову марку мобільного телефону з різними функціями. Важливо: група не допомагає учасникам, які грають дані ролі!!!!! По закінченню гри даних учасників, ведучий може запропонувати спробувати себе у цих ролях іншим учасникам групи.

Запитання для обговорення:

– Чи важко було учасникам грати запропоновані ролі у даному завданням?

– Як часто ми зустрічаємося із подібними ситуаціями у житті?

– Як Ви думаєте, що відчуває людина похилого віку з обмеженими можливостями, коли вона стикається з найменшими проблемами у повсякденному житті?

Інформаційне повідомлення «Бар'єри та рекомендації щодо спілкування з людьми похилого віку»

Мета: ознайомити з бар'єрами у спілкуванні з людьми похилого віку та сформувати рекомендації щодо налагодження взаємодії та комунікації з даною категорією для спеціалістів.

Час: 20 хв. *Ресурси*: презентація (міні-лекція)

Хід проведення: ведучий наголошує на тому, що літні люди потребують уваги і спілкування. Але в той же час спілкування з ними дається не просто: спроби поговорити можуть перерости у сварки та образи. Ведучий надає учасникам тренінгу інформаційне повідомлення щодо існування бар'єрів у спілкуванні з людьми похилого віку. На наступному етапі ведучий разом із учасниками складають рекомендації, які можуть використовувати спеціалісти у роботі з даною категорією клієнтів.

Вправа «Як і про що розмовляти/не розмовляти з людьми похилого віку?». Робота у групах.

Мета: звертаючись до інформації, яка надавалася протягом міні-лекції у попередній вправі, та на основі практичного досвіду учасників тренінгу підготувати презентацію щодо того як правильно спілкуватися з людьми похилого віку.

Час: 50 хв. *Ресурси:* папір А1, маркери, скоч, презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий звертається до учасників із запитанням: «Як уникнути взаємного роздратування і отримати задоволення від бесіди? Про що з людьми похилого віку взагалі говорити?» та «Про що не можна говорити з людьми похилого віку?». Дані запитання ведучому також слід прописати на листі А1 та розмістити на фліпчарті. Для виконання даної вправи ведучий об'єднує учасників у 4 групи:

а) перші 2 групи працюють над запитанням «Про що не можна говорити з людьми похилого віку?»,

б) інші 2 групи працюють над питанням «Про що з людьми похилого віку взагалі говорити?»

На виконання цього завдання учасникам надається 10 хв. Після цього відбувається презентація кожної із 4-х груп.

Запитання для обговорення:

– Чи важко було учасникам працювати у групах над даним запитанням?

– Що було ліпше виділити: про що не можна говорити з даною категорією чи про що можна говорити?

– Як часто ми задаємо такі запитання у роботі з людьми похилого віку?

Вправа «Підведення підсумків дня».

Мета: з'ясувати враження учасників від першого дня роботи на тренінгу.

Час: 15 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам пригадати все, що відбувалось протягом тренінгового дня та відповісти по колу на питання:

1) Що корисного для себе Ви здобули від сьогоднішнього дня?

2) Які основні враження від роботи тренера?

День ІІ Формування комунікативних навичок.

І Сесія. Комунікації та комунікативні компетенції.

Рефлексія минулого дня.

Мета: нагадати учасникам про зміст та результати роботи минулого дня.

Час: 10 хв., *Ресурси*: аркуші паперу А4, ручки

Хід проведення: учасники об'єднуються у чотири групи. Кожна група намагається відтворити події минулого дня, починаючи з останньої до першої вправи. На наступному етапі презентують свої напрацювання у віршованій формі.

Вправа «Таємниця мого імені»

Мета: сприяти розкриттю потенціалу учасників тренінгу.

Час: 20 хв. *Ресурси*: аркуші паперу А4, ручки.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам написати своє ім'я по вертикалі на аркуші паперу. Далі напроти кожної букви написати свою якість чи характеристику на відповідну букву, яку учасник найбільше в собі цінує.

Після завершення індивідуальної роботи учасникам пропонується, за бажанням, представити отримані результати.

Запитання для обговорення:

– Які труднощі виникали у ході виконання завдання?

– Які характеристики можуть допомогти досягнути успіху у Вашій професійній діяльності?

– Якщо Ви вказали негативну характеристику, то чому?

Мозковий штурм: «Як я розумію комунікацію?»

Мета: обговорити поняття «комунікація» з учасниками; визначити рівень їх обізнаності та виявити основні теми, які потребують більш детального пояснення з боку тренера.

Час: 20 хв. *Ресурси*: папір А1, маркери різного кольору.

Хід проведення: ведучий пропонує кожному учаснику висловити фразу, яка, на його думку, визначає поняття «комунікація» (наприклад: спілкування, взаємодовіра, обговорення, обмін думками тощо). Всі відповіді учасників тренер фіксує на аркуші А1 на фліпчарті та підсумовує роботу групи. Після цього просить групу проаранжувати та виділити три найбільш доцільні (найбільш поширені) характеристики цього поняття.

Запитання для обговорення:

– Які складнощі виникли під час роботи над вправою?

– Чи вдалося розібратися із різними визначеннями понять про «комунікацію» та зрозуміти їх різницю?

– Які основні труднощі виникають у роботі, якщо мова йде про певний вид комунікації, наприклад, налагодження довіри між клієнтом та спеціалістом?

Інформаційне повідомлення «Поняття комунікативної компетенції. Способи комунікації, які сприяють взаєморозумінню у спілкуванні»

Мета: надати інформацію, необхідну для розвитку комунікативних навичок в учасників.

Час: 15 хв. *Ресурси*: презентація, папір А1

Хід проведення: тренер запитує в учасників: «Які комунікативні навички необхідно розвивати для успішного спілкування з людьми похилого віку у процесі надання соціальних послуг?». Отримані відповіді необхідно записувати на аркуші А1 (розміщеного на фліпчарті). Важливо не пропустити жодної відповіді учасників, оскільки усі вони найчастіше опираються на власний практичний досвід. Надалі тренеру, перш ніж перейти до презентації теоретичного матеріалу, необхідно пояснити суть поняття «комунікативна компетентність». Після чого перейти до презентації.

Комунікативна компетентність - здатність людини встановлювати та підтримувати необхідні контакти з іншими людьми й володіти необхідними знаннями, уміннями та навичками ефективного спілкування, що означає розуміти та бути зрозумілим для співрозмовника. Комунікація – це процес двостороннього обміну ідеями та інформацією, який веде до взаємного розуміння. Якщо не досягається взаєморозуміння, то комунікація не відбулася. Суб'єктами можуть виступати окремі особи, групи або навіть цілі організації.

За кількістю учасників комунікацію поділяють на:

– внутрішню (людина розмовляє сама з собою),
– міжособистісну (розмова між двома людьми),
– комунікацію в малих групах (троє-п'ятеро людей),
– публічну комунікацію (аудиторія у 20-30 і більше осіб),
– організаційну (100 і більше осіб)
– масову (1000 і більше осіб).

Комунікація може бути:

– усною,
– письмовою
– друкованою.

Якщо усна комунікація дає можливість швидкого реагування обох сторін та передає всі нюанси особистого спілкування, то письмова та друкована здебільшого обслуговують публічну, організаційну та масову комунікацію. Особливу роль у цьому відіграють сучасні комунікаційні системи, такі як Інтернет, де «електронна» комунікація досягла майже необмежених можливостей. Значну роль у практиці організаційних комунікацій відіграє розподіл комунікації на вербальну та невербальну. Комунікація та інформація відмінні, але пов'язані між собою поняття. Комунікація включає в себе і те, що передається, і те, як це «що» передається. Комунікація як структурна модель може нагадувати двобічний потік інформації. При цьому до кожного з учасників взаємодії в організації ставиться ряд вимог. Так, кожний з учасників повинен мати всі чи деякі здібності: бачити, чути, відчувати,

сприймати запах і смак. В цій моделі також оцінюється місце передачі інформації, її повнота, зміст, форма. Це дозволяє не тільки швидко й правильно скласти картину про предмет, який цікавить учасників, але й вибрати ділову стратегію та тактику, визначити тимчасові параметри реалізації цілей. Функції комунікації: передача інформації; передача емоцій; обмін інформацією; контакти; взаємодія (конфлікти). Форми комунікацій: відкрита (пряма); закрита (прихована).

Запитання для обговорення:

– Чому вміння налагоджувати комунікацію є важливим елементом роботи з людьми похилого віку?

– Яким чином здатність до спілкування впливає на позитивну взаємодію з людьми?

– Що означає вираз «вміти домовлятися», «слухати та почути», «правильно трактувати інформацію», «бути позитивно налаштованим до спілкування»?

Вправа «Я хочу бути хорошим комунікатором»

Мета: визначити, які основні якості необідні для того аби стати хорошим комунікатором.

Час: 40 хв. *Ресурси*: кольоровий папір (червоний та жовтий), скоч, ножиці, степлер.

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у дві групи.

1 група має подумати над завданням: «Люди добре відносяться до мене, тому що я…». Учасники отримують жовтий папір (5 листків А4) та мають на кожному листку написати тільки одне визначення.

2 група має подумати над завданням: «Люди погано відносяться до мене, тому що я…».

Учасники отримують червоний папір (5 листків А4) та мають на кожному листку написати також тільки одне визначення. Після виконання цього завдання (через 15 хв) кожна група повинна скласти усі свої записи та скріпити скотчем у вигляді «драбини» та прикріпити на фліпчарті. Таким чином, на ньому буде дві «драбини» - жовтого та червоного кольору. Всі учасники сідають на свої місця та відповідають на наступні запитання тренера:

1) Яка «драбина» виявилася довшою? Чому?

2) Чи завжди у життєвих або професійних ситуаціях саме така картина має місце?

Вправу слід закінчити після того, як усі бажаючі висловили свою точку зору та отримали відповіді на свої запитання тренера чи необхідні коментарі.

Запитання для обговорення:

– На скільки, в реальному житті, вам складно справлятися з негативним ставленням до себе з боку клієнтів?

– Як впливають подібні ситуації на якість наданих послуг для клієнтів та яким чином?

– Як часто ви зустрічаєтеся із подібними ситуаціями у практичній роботі?

Мозковий штурм: «Що я можу зробити для того аби мене краще зрозуміли інші люди»

Мета: обговорити та визначити основні дії або поведінку, яка б сприяла кращому взаєморозумінню із клієнтами та соціальними працівниками/робітниками.

Час: 20 хв. *Ресурси*: папір А1, маркери різного кольору.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам тренінгу об'єднатися у 4-5 груп (в залежності від кількості учасників: по 4 особи) подумати над тим, що необхідно для того аби краще порозумітися з різними людьми, наприклад: бути більш терплячим, здійснювати тільки конструктивну критику, проговорювати з клієнтами причини негативного настрою тощо. Всі відповіді кожна група має зафіксувати на листі А1 та презентувати. Тренер підсумовує роботу групи.

Запитання для обговорення:

– Які складнощі виникли під час опрацювання даної вправи?

– Чи можна скористатися даними наробками вашої групи на практиці?

– Які пропозиції видаються вам найбільш доцільними та чому?

Вправа «Обговорення ситуацій, пов'язаних з маніпуляціями з боку клієнтів»

Мета: вміти визначати дії клієнта щодо наявності маніпуляцій щодо соціального працівника/робітника та розуміти, яким чином вони впливають на їх взаємодію.

Час: 40 хв. *Ресурси*: кольоровий папір, скоч, ножиці, степлер.

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у кілька груп але не більше 5-ти). Спочатку ведучий дає інформаційне повідомлення про визначення поняття «маніпуляція» та як розпізнавати ці дії з боку клієнта. Далі, для закріплення матеріалу кожна група отримує картку з ситуацією.

Ситуація 1. Маніпулятивний вплив можна спостерігати при зверненні начальника до підлеглого.

1) «Не виконуючи свої обов'язки в термін, ви підриваєте свій авторитет і дозволяєте засумнівається у вашому професіоналізмі».

2) «Якщо ви не виконаєте свою роботу в строк і якісно, мені навіть складно уявити, які для вас можуть бути наслідки».

Правильна відповідь: У першому випадку начальник грає на почутті професіоналізму свого підлеглого, у другому вселяє страх можливих наслідків.

Ситуація 2. Маніпулятивне вплив можна спостерігати при зверненні клієнта до соціального робітника.

1) «Я не можу без вас довгий час бути вдома, мені стає страшно. Чи можете ви зі мною попити чаю та посидіти хоча б одну-дві години ввечері?»

2) «Я не маю сили самостійно звернутися до лікаря. Чи можна вам якимось чином його привести до мене додому, але у вечірній час, бо вдень я можу перебувати у своєї подружки, яка потребує моєї уваги?»

Правильна відповідь: У першому випадку клієнт грає на почутті відповідальності соціального робітника, у другому – шантажує.

Ситуація 3. Маніпулятивне вплив можна спостерігати при спілкуванні між співробітниками.

1) «Мені дуже не зручно, я відчуваю себе винним, але прошу тебе вийти замість мене у вихідний день на чергування, бо у мене є домашні проблеми».

2) «Я думаю, що ти мусиш виконати цю роботу за мене, оскільки тоді у не тільки у мене, але й у тебе будуть проблеми».

Правильна відповідь: У першому випадку мова йде про маніпуляцію, пов'язану із почуттям провини, у другому – шантажу.

Учасники мають визначити у чому саме полягає маніпуляція та якими чином це впливає на людські взаємостосунки. Після роботи над ситуаціями учасники заповнюють анкету *«Маніпуляції у спілкуванні»*.

Види	Суть маніпуляції	Приклад	Ви	Інші
Підступна хвальба	Те саме, що й «підкуп» з метою примусити вас виконати незручну або додаткову роботу	«Ой, у вас так добре виходить готувати звіти, можливо ви ще зможете написати один?» «Ти так чудово вмієш ладити з людьми–		

		поговори, будь ласка, з нашим керівником відділу про мене, будь ласка…..»		
Діагностування мотиву поведінки	Перебільшення Ваших повноважень чи дій	«Ви одержимі домінувати в колективі» «У вас ніколи не вистачало ініціативи» «Ти завжди робиш все по-своєму»		
Несвоєчасні поради	Коли людина хоче аби ви її почули або рахувалися з її думкою	«Якби ти мене послухала і прибралася на столі, то у тебе не було б причин для паніки» «Ти ніколи мне не чуєш, а мої поради бувають конструктивні» «Ти просто не звертай на них уваги, я ж тобі не ворог»		

Переконання логікою	Наявність дискомфорту від негативних емоцій	«Тут не має причин для переживань. Все доволі логічно…»		
Відмова від обговорення питання	Небажання контактувати	«Ми нічого не будемо обговорювати. Я не бачу проблеми і крапка»		
Зміна теми спілкування	Привернення уваги до себе	«Напевно твоя вчорашня пригода, сумна….О, забула тобі розказати, я дивилася вчора такий смішний фільм….»		
Змагання	Ваші проблеми не визнаються суттєвими, а співрозмовника - так	«Те, що ти розказала не надто вражаюче, ось якби ти побула у моїй ситуації….»		
Заспокоєння	Дискомфорт від негативних емоцій	«Не хвилюйся», «Все пройде, ти ж знаєш», «Не		

запереченням		переживай, він повернеться, хоча ти вже не так гарно виглядаєш, але якщо постаратися…»		

Запитання для обговорення:

– Які складнощі виникли під час опрацювання даної вправи?

– Чи можна скористатися даними наробками вашої групи на практиці, безпосередньо на робочому місці?

– Чому важливо відрізняти маніпуляцію від звичайного спілкування?

– Яким чином слід діяти соціальному працівникові/робітникові, якщо виявилося, що клієнт вами маніпулює? Чи завжди такі випадки потребують аналізу та обговорення безпосередньо з клієнтами?

II Сесія. Побудова успішної комунікації

Вправа на активізацію «Всі знають…, але ніхто не знає, що….»

Мета: подальше знайомство учасників, ведучого та налаштування на тренінгове заняття.

Час: 10 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: учасники, які сидять у колі, об'єднуються у пари (можна за схемою: 1-2). Далі тренер надає завдання поспілкуватись один з одним (в парах) та дізнатися щось

незвичайне про кожного учасника пари, але саме проте, що у колі про це ніхто не здогадується (наприклад, екзотичне хобі, спортивні досягнення, здібності, цікаві подорожі тощо). Коли пара починає презентувати один одного, мають звучати такі слова (наприклад): «Всі знають, що це Даша, але ніхто не знає, що вона дуже любить їздити на конях».

Індивідуальна робота. Анкета «Чи вмієте ви слухати»

Мета: надати можливість учасникам тренінгу проаналізувати свої вміння слухати та почути партнерів, колег та клієнтів у процесі комунікацій.

Час: 10 хв. *Ресурси*: роздаткові анкети.

Хід проведення: ведучий роздає анкети «Чи вмієте ви слухати» кожному учаснику та зачитує інструкцію до виконання.

Перед Вами 12 питань. Постарайтесь, особливо не задумуючись, відверто відповісти на ці запитання ”так” або ”ні”.

1. Чи часто Ви з нетерпінням чекаєте, коли інший завершить говорити і дасть можливість висловитись Вам?

2. Чи буває інколи так, що Ви поспішаєте прийняти рішення до того, як зрозумієте суть проблеми?

3. Чи правда те, що Ви інколи слухаєте лиш те, що Вам подобається?

4. Чи не заважають вам емоції слухати співрозмовника?

5. Чи часто Ви відволікаєтесь, коли Ваш співрозмовник висловлює свої думки?

6. Чи буває інколи так, що Ви замість основних моментів бесіди запам'ятовуєте несуттєві?

7. Чи буває так, що слухати іншу людину Вам заважають власні стереотипи?

8. Чи припиняєте Ви слухати співрозмовника, коли появляються труднощі у розумінні сказаного?

9. Чи займаєте Ви негативну позицію по відношенню до того, хто говорить?

10. Чи перебиваєте Ви співрозмовника?

11. Чи уникаєте Ви погляду співрозмовника у розмові?

12. Чи виникає у Вас гостре бажання перебивати співрозмовника і вставляти своє слово замість нього, випереджаючи його власні висновки?

Опрацювання і інтерпретація результатів.

Підрахуйте кількість відповідей «ні».

10-12 балів. Ви вмієте досить добре слухати співрозмовника. Не керуєтесь стереотипами по відношенні до нього, намагаєтесь виділяти в його словах головне. Ваші власні емоції не заважають вам слухати навіть те, що вам не дуже подобається. Тому багатьом людям подобається спілкуватись з вами.

8-10 балів. Часто ви проявляєте вміння слухати партнера. Навіть якщо ви чимось не задоволені, то все одно намагаєтесь вислухати партнера до кінця. Якщо ж партнер вам набридає, намагаєтесь тактично завершити спілкування з ним. Інколи ви

все ж дозволяєте перебити співрозмовника для того, щоб вставити свій «вагомий коментар».

Менше 8 балів: На жаль, ви ще не навчились слухати своїх партнерів по спілкуванню. Якщо вам не подобається, то, що говорить співрозмовник, то ви перестаєте слухати його.

Учасники самостійно працюють над заповненням анкети. Час виконання 5-7 хв. Далі, за бажанням, учасники можуть поділитися власними результатами або прокоментувати свої враження.

Запитання для обговорення:

– Які труднощі виникали у ході виконання завдання?

– Що вас здивувало найбільше після отриманих результатів анкетування?

– Чи заставила вас ця вправа задуматися над покращенням отриманого результату?

– Чи можна використовувати таке анкетування для ваших волонтерів чи інших добровільних помічників та чому?

Вправа «Вміння слухати»

Мета: сформувати в учасників навички уважного слухання, уміння проявляти зацікавленість та емпатію впродовж усього процесу спілкування з клієнтом.

Час: 20 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: тренер об'єднує учасників у пари (наприклад, один учасник А, інший – Б) і пояснює їм, що вони будуть виконувати завдання у чотири етапи. Далі необхідно озвучувати усі завдання поетапно і надавати (кожного разу)

певний час на виконання. При цьому тренер має наголосити, що не буде коментуватиме перебіг вправи чи її етапів, тому учасники мають виконувати завдання самостійно та не апелювати до тренера.

Етап 1: А і Б розмовляють на задану тему (наприклад, що вони робили минулого тижня) перебиваючи один одного, і не думають про те, що говорить інший. Єдина мета: сказати людині те, що кожен із них хоче казати (1,5-2 хв).

Етап 2: Цього разу учасники теж говорять навперебій, але водночас намагаються вловити, що говорить інший. Ведучий дає іншу тему, наприклад, розповісти про щось цікаве, що вони пробували у житті з їжі (1,5-2 хв).

Етап 3: Тепер А і Б слухають один одного: А розповідає на задану тему (наприклад, що його цікавить або, що він любить робити у вільний час). Б слухає, ніяк не реагуючи вербально (словесно) і мінімально реагуючи невербальною поведінкою (жестами, мімікою, позою). Через 1 хв А та Б міняються ролями. Ведучий просить Б переказати те, що розповів А, при цьому А поводить себе, як Б (слухає, ніяк не реагуючи вербально і мінімально реагуючи невербальною поведінкою) (2 хв).

Етап 4: А і Б просять вибрати сторону «за» чи «проти». Їм дається тема, яку вони спільно обговорюють (наприклад, чи корисні соціальні мережі). А пропонує думку або аргумент «за», Б – «проти». Вони мають по черзі висловлювати свої аргументи, уважно слухаючи один одного (2 хв).

Після закінчення вправи тренер має вивести групу на спільну думку, що знаходитися «на хвилі» клієнта чи іншого співрозмовника, не відволікаючись на «свої думки чи тривоги», здійснювати «занурення» в почуття співрозмовника і проявляти позитивну реакцію на них, постійно тримати клієнта/співрозмовника в центрі уваги – все це є важливим у межах професійного підходу в соціальній роботі.

Запитання для обговорення:

– Як Ви вважаєте, на що спрямована ця вправа або для чого її виконують учасники?

– Пригадайте свої емоції під час виконання вправи на 1-2 етапах?

– Що відбувається під час розмови, коли хтось не слухає? Що ми можемо відчувати?

– Чи можемо ми розраховувати на результативність такої розмови?

– Чи подобається Вам, коли Вас слухають уважно, не перебиваючи? Що свідчило про те, що Вас слухають?

– Як Ви почувалися під час розмови на етапі 4?

– Який із етапів вам вдалося пройти найбільш успішно? Чому?

Інформаційне повідомлення «Активне слухання»

Мета: надати учасникам інформацію про активне слухання та його види.

Час: 25 хв. *Ресурси*: презентація ведучого, аркуш А1 із написом «Секрети ефективного спілкування», аркуші А1, скоч, маркери різного кольору.

Хід проведення: ведучий говорить про те, що важко, коли вас не слухають, а у вас є багато чого сказати. Ми повинні пам'ятати про це, коли говоримо з іншими. Щоб навчитися краще спілкуватися необхідно уважно й активно слухати те, що говорять інші. Коли ми не слухаємо, то втрачаємо важливу інформацію, що може призвести до конфлікту. Є багато прийомів, які варто використовувати для того, щоб стати уважним та активним слухачем. Наступним кроком є обговорення інформації щодо видів слухання, які у цілому, вважаються активними, але усі вони різняться за змістом:

1) *Активне слухання.* У цьому випадку слід концентруватися на інформації, яку надає співрозмовник, уточнюючи і перепитуючи для того аби він зрозумів, що ви хочете усвідомити для себе все, що він говорить.

2) *Пасивне слухання.* Іноді людині потрібно виговоритися, і в цьому випадку її краще не перебивати, а мовчки слухати, зрідка піддакуючи як сигнал, що ви її розумієте.

3) *Емпатійне слухання.* Цей вид змушує вас подумки стати на місце співрозмовника і постаратися відчути його внутрішній стан, висловивши це словами так, щоб він зрозумів, що ви здатні співпереживати.

Після обговорення (5 хв) тренер об'єднує учасників у 4-ри групи та надає наступні завдання:

Групи 1 і 2 мають обговорити та написати на аркуші А1 «Що допомагає успішному спілкуванню (які умови, які прояви поведінки співрозмовників)».

Групи 3 та 4 мають написати на аркуші А1 «Що заважає успішному спілкуванню (які умови, які прояви поведінки співрозмовників)».

Кожна група пише якомога більше умов. На виконання завдання учасникам дається 7 хв. Після чого відбувається презентація та обговорення. Тренер може запропонувати групам під час презентації доповнювати одна одну (оскільки однакове завдання отримали по дві групи). У підсумку обговорення тренер зазначає, що ефективність процесу спілкування залежить від багатьох чинників і неодмінно від усіх елементів комунікації: надавача інформації, отримувача інформації та середовища, у якому цей процес відбувається. Ведучий демонструє своєрідний плакат – твердження, записані на аркуші А1 під назвою «Секрети ефективного спілкування»:

– Говори так, щоб тебе почули.

– Слухай так, щоб усі могли зрозуміти, про що йдеться.

– Створюй умови для того, щоб ситуація навколо процесу спілкування сприяла комунікації.

Запитання для обговорення:

– Чи завжди у процесі спілкування ми аналізуємо, яке саме враження справляємо на співрозмовника?

– Чи часто людині, з якою нам приємно спілкуватися, ми кажемо про це? Чи потрібно про це говорити? Чому?

– Що ми можемо зробити, щоб навчитися краще слухати інших?

Рольова гра «Телефонний дзвінок»

Мета: формування уміння обирати емоційну реакцію відповідно до ситуації; конструктивно вирішувати емоційно-напружені ситуації, уміти відстоювати свою думку; казати «ні», не ображаючи співрозмовника.

Час: 20 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: на першому етапі виконання вправи ведучий запрошує з кола 4 учасників за бажанням. Вони гратимуть у рольову гру, яка полягає в тому, щоб попросити телефон для дзвінка у зв'язку з терміновою потребою. Учасники отримують ролі: 3 учасника, які проситимуть телефон для здійснення дзвінка, 1 – буде тим, до кого звертатимуться з даним проханням. Інші учасники виконуватимуть роль спостерігачів. Ведучий запрошує 3 учасників, які гратимуть ролі, вийти з кімнати для деталізації завдання. 1 учасник залишається у кімнаті та отримує інструкцію щодо своєї ролі.

Учасник 1: проситиме зателефонувати, демонструючи невпевнену поведінку (потрібно пам'ятати про мову тіла та інтонацію, які характерні для невпевненої поведінки).

Учасник 2: буде просити зателефонувати, демонструючи агресивну поведінку.

Учасник 3: проситиме зателефонувати, демонструючи асертивну (гідну) поведінку (чесно і прямо виражати свої думки, почуття, бажання), демонструвати впевненість.

Учасник 4: буде вислуховувати прохання від трьох учасників по черзі і реагувати природньо, так, як він би реагував у реальній ситуації.

Запитання для обговорення:

– Яку поведінку учасники продемонстрували у ролях?

– Як почувалися актори у заданих ролях? (розповідають по черзі)

– Які емоції Ви переживали під час першої, другої і третьої ситуацій? Кому з них хотілося відмовити і чому? Що вплинуло на рішення дати телефон для дзвінка? (запитання до четвертого учасника)

– За якими ознаками Ви могли зрозуміти, яку поведінку (який тип поведінки) проявляли прохачі? (запитання для спостерігачів)

Вправа «Власний простір»

Мета: дослідити особистий простір у взаємодії з іншими людьми, ознайомити з прийомами захисту власних кордонів, сприяти розвитку асертивності.

Час: 15 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: ведучий звертається до учасників: «Кожна людина має свої кордони. Якщо у спілкуванні двох людей ми дотримуємося цих кордонів, то почуваємося комфортно. Якщо ж наші кордони порушуються, ми відчуваємо себе погано, нам

важко спілкуватися з такою людиною. Коли ж ми порушуємо чужі кордони – страждає інша людина. Яким чином можна визначити, де ж насправді проходять свої чи чужі кордони? Для цього учасників тренінгу слід об'єднати у дві команди та, відповідно, надати одній групі перший номер, а іншій – другий номер. Учасники кожної групи стають один навпроти другого (ніби два ряди навпроти). За сигналом ведучого перші номери (одна команда) повільно наближаються до других. Завдання ж других номерів – зупинити партнера жестом «Стоп», коли стане некомфортно. Якщо ж перший номер відчує дискомфорт, він має зупинитися сам. Потім учасники обмінюються позиціями. Наприкінці вправи ведучий робить підсумок: «Зона комфорту кожної людини є суб'єктивною, індивідуальною. Якщо не захищати кордони своєї особистості, поступово формується враження, що вас постійно використовують. Це може бути ваш час; енергія; життєвий простір; невід'ємне право думати, відчувати тощо. У цих ситуаціях важливо вміти себе захистити. У багатьох випадках просто «ні» або «спасибі, я не хочу» – все, що потрібно для встановлення особистих кордонів».

Запитання для обговорення:

– Чи Вам було однаково комфортно у першому та другому варіанті?

– Що впливало на те, що одних людей у власному житті Ви допускаєте дуже близько, а інших – тримаєте на відстані?

– Як можна захистити свої кордони та проявляти повагу до кордонів іншої людини?

– Чи були випадки, коли ви порушували кордони клієнта? Яким чином він на це реагував? Як вдавалося вирішити цю ситуацію?

Практичне завдання «Як змінити форму спілкування?»

Мета: набуття учасниками практичних навичок для покращення спілкування та уникнення маніпуляцій чи конфліктів з боку клієнтів.

Час: 20 хв. *Ресурси*: аркуш А4 із практичною вправою для кожного учасника.

Хід проведення: ведучий роздає кожному учаснику інструкцію щодо виконанням даної вправи, де вказується як можна замінити наведені нижче фрази на Я-висловлювання, використовуючи *формулу*:

Коли …….. X

Я відчуваю, що це ……Y

Мені хотілося б, щоб все відбувалося……..Z

X – Подія

Y- Ваша реакція

Z – Вихід, до якого ви найбільше схиляєтеся

Ситуація 1.

X: «Коли ви залишаєте ваші речі розкиданими на моєму робочому столі……»

Y: …..

Z:

Ситуація 2.

X: «Коли ви на мене підвищуєте голос……»

Y: ……

Z:……

Ситуація 3.

X: «Коли ви навіть не вважаєте за потрібне попередити мене, що не плануєте зі мною зустрітися на час, про який ми домовилися….»

Y: ……

Z:……..

Ситуація 4.

X: «Коли ви не вважаєте за потрібне виконувати мої завдання……»

Y: ……

Z:……..

Ситуація 5.

X: «Ви нічого мені не розказуєте про результати медичного обстеження…….»

Y: ……

Z:……..

Запитання для обговорення:

– Як Ви вважаєте, на що спрямована ця вправа?

– Що корисного ви отримали після виконання даного завдання?

– Як швидко вам вдавалося знаходити рішення щодо різних ситуацій?

– Чи важко було працювати над даним завданням?

Робота в групах «Ідеальна комунікація з клієнтом»

Мета: обговорити з учасниками найбільш ефективні комунікації з клієнтами.

Час: 30 хв. *Ресурси*: аркуші А1, маркери різного кольору.

Хід проведення: ведучий пропонує об'єднатися учасникам у групи (5 груп) та кожній групі скласти кейс з певною комунікацією: 1) спілкування; 2) взаємодовіра; 3) обговорення спільного плану дій; 4) обмін думками; 5) співпраця. Для підготовки кейсу можна обирати людей похилого віку, опираючись на власний досвід таких комунікацій. Слід звернути увагу та більш детально прописати особливості комунікації з боку вашого клієнта або колеги. Свої відповіді учасники фіксують на аркуші А1 та презентують.

Запитання для обговорення:

– Якою має бути ідеальна комунікація з клієнтом?

– Яка комунікація видається вам найбільш оптимальною при спілкуванні з людьми похилого віку, а саме: хворих на деменцію та людей з інвалідністю?

ІІІ Сесія. Особливості спілкування з конфліктними людьми

Вправа на активізацію «Так – Ні»

Мета: зняти напругу учасників та налаштувати на зосереджену роботу.

Час: 10 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у пари. Учасники вже у своїх парах вирішують, хто з них хоче

говорити «так», а хто – «ні». Ведучий пропонує: «Один з вас починає гру, говорячи слово «так». Інший одразу ж відповідає: «Ні». Ви повинні говорити лише ті слова, які обрали, але по-різному, змінюючи гучність та інтонацію. Ви можете посперечатись за допомогою цих двох слів, але так, щоб ніхто нікого не образив. Через 2 хв ролі змінюються: ті, хто говорив «так», тепер казатимуть «ні», і навпаки. Цей етап також розрахований на 2 хв. Після завершення вправи тренер проводить обговорення щодо отриманих емоцій та загального настрою на роботу. Як правило, ця вправа допомагає переключити увагу учасників тренінгу на більш позитивні емоції та посилити інтерес до наступних занять.

Інформаційне повідомлення «Спілкування з «важкими» людьми»

Мета: надати інформацію про людей, яких відносяться до «важких» або конфліктних у спілкуванні та розглянути можливі методи роботи з ними.

Час: 25 хв. *Ресурси:* презентація (міні-лекція)

Хід проведення: ведучий звертається до учасників і наголошує на тому, що конфліктні ситуації досить часто провокуються людьми, яких спеціалісти називають «важкими людьми» для спілкування чи інших видів комунікацій. Як правило, вони або дуже закриті та не говіркі, або навпаки – дуже агресивні та багатослівні.

Далі тренер знайомить учасників з інформаційним повідомленням за даною темою.

Запитання для обговорення:

– На які роздуми наштовхнула Вас інформація щодо даної теми?

– Яку нову інформацію Ви отримали завдяки повідомленню?

– Чи змінилася Ваша думка щодо проблем, які виникають після спілкування з «важкими» людьми та шляхів їх вирішення?

Вправа «Цукерка»

Мета: відпрацювання навичок роботи в парах та налагодження зв'язку для знаходження правильної стратегії щодо успішного спілкування із різними категоріями серед людей похилого віку.

Час: 40 хв. *Ресурси*: цукерки за кількістю учасників.

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у пари. У кожній парі один учасник гратиме роль потенційного клієнта (тобто людину похилого віку), інший – соціального працівника. Кожен «потенційний клієнт» отримує цукерочку.

Ведучий просить вийти з кімнати «потенційних клієнтів» для проходження інструктажу.

Інструктаж для «потенційних клієнтів»:

– не віддавати цукерочку ні в якому разі;

– можна віддати цукерочку лише у тому випадку, якщо це буде переконливо і важливо.

Інструктаж для «соціальних працівників/робітників»:

– отримати цукерочку за всяку ціну, як знак того, що клієнт вам довіряє;

– використати будь-яку стратегію або тактику, щоб досягти результату.

Час на виконання 6 хв. Пари міняються ролями (на кожну роль 3 хв). Ця вправа допомагає змоделювати процес налагодження стосунків між соціальним працівником і потенційним клієнтом за короткий час.

Запитання для обговорення:

– Які почуття були у вас, коли грали роль «потенційного клієнта»?

– Які почуття були у вас під час програвання ролі «соціального працівника»?

– Яку роль було важче виконувати?

– Яке конкретне висловлювання переконало «потенційного клієнта» віддати вам цукерочку?

Вправа «Як навчитися відповідати на грубість, не втрачаючи власної гідності»

Мета: сприяти формуванню в учасників знань про дієві способи як навчитися відповідати на грубість, не втрачаючи власної гідності

Час: 50 хв. *Ресурси*: аркуші паперу А1, маркери різного кольору, скоч, презентація ведучого, ножиці.

Хід проведення: дана вправа походить у декілька етапів.

На *першому етапі* ведучий об'єднує учасників у 5 груп та говорить про те, що «важливо вміти проявляти толерантність у ході спілкування або не допускати приниження гідності співрозмовника. У ситуації, коли людина переживає сильні негативні емоції, часто виникають проблеми із адекватним вираженням своїх почуттів. Це може образити іншу людину, порушуючи її межі (кордони), власний простір тощо». Ведучий пропонує учасникам (у групах) подумати про дієві способи спілкування з конфліктними людьми, обговорити варіанти як правильно відповідати на грубість, не втрачаючи при цьому власної гідності та розробити відповідні рекомендації. На виконання даного завдання дається 15 хв.

На *другому етапі* відбувається презентація наробок кожної групи.

На *третьому етапі* тренер надає учасникам інформаційне повідомлення «Як навчитися відповідати на грубість, не втрачаючи власної гідності – 9 дієвих способів!».

Примітка!

Після закінчення виступу тренер проводить обговорення даної вправи з врахуванням отриманої інформації учасниками.

Запитання для обговорення:

1. На які роздуми наштовхнула Вас отримана інформація? Наскільки зрозумілим було обговорення вправи у групах?

2. Чи змінилася Ваша думка щодо того як слід спілкування з «важкими» людьми?

3. Як ви будете використовувати надану інформацію у професійній діяльності та власному житті?

Підведення підсумків дня. Рефлексія.

Мета: підвести підсумки тренінгового заняття та обговорити отримані результати.

Час: 25 хв. *Ресурси:* аркуш А1 з написаними запитаннями, стікери двох кольорів, маркери, скоч.

Хід проведення: тренер роздає по два стікери різного кольору всім учасникам тренінгу та звертається до них: «Перед тим, як закінчити сьогоднішню зустріч, ми поставимо вам два запитання:

1. Які вправи чи завдання протягом сьогоднішнього дня були для вас найскладнішими?

2. Яка інформація була для вас найбільш важливою?»

Після роботи над даними запитання усі учасники, по черзі, проговорюють відповіді та чіпляють стікери з відповідями на А1, де прописані дані запитання.

День ІІІ. Вирішення конфліктних ситуацій у процесі спілкування.

І Сесія. Конфліктність та види конфліктів

Рефлексія минулого дня

Мета: налаштування учасників на роботу протягом дня та підтримки позитивної атмосфери у групі.

Час: 15 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: тренер коротко проговорює, що відбувалося на тренінгу минулого дня та розповідає учасникам казку для хорошого настрою та підкріплення актуальності вже опрацьованих тем казку під назвою «Сніжинка».

«Скажи мені, скільки важить сніжинка?» - запитало мишенятко у голуба.

«Не більше, ніж нічого» - відповів той. «Тоді я розповім тобі одну дивовижну історію», - сказало мишенятко.

«Я сидів на ялинковій гільці, біля самого стовбура, коли почався сніг. Це було схоже на безтурботний сон. Щоб якось скоротати час я рахував сніжинки, які м'яко падали на хвою моєї гілки. Я нарахував приблизно 3 741 952 сніжинки. Коли впала ще одна сніжинка, то вона своєю вагою (не більшим, ніж нічого) зламала гілку». Розповівши цю історію, мишенятко зникло. Голуб, обміркувавши її суть, сказав собі: «Мабуть, я був не правий, у світі нічого не відбувається просто так….».

Запитання для обговорення:

– Як суть цієї казки можна перенести на взаємодію соціального працівника та клієнта?

– Які висновки для себе можна зробити, прослухавши цю казку? Чи надихає вона на повсякденну роботу?

Вправа на активізацію групи «Саймон каже….»

Мета: підготувати учасників до взаємодії у групі та підвищити групову динаміку.

Час: 10 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: учасники стають у коло, ведучий говорить: «Саймон каже: «Зроби так» і показує певний рух (присісти, поплескати в долоні, підняти ногу, покрутитися, підскочити, виконати танцювальний рух). Решта повторюють за ним.

Відтак наступний учасник каже: «Саймон каже: «Зроби так», показує інший рух і так далі по колу.

Перегляд мультфільму «Конфліктна ситуація»

Мета: розглянути конфліктні ситуації та різні варіанти їх вирішення.

Час: 10 хв. *Ресурси*: відео з мультиком, ноутбук, колонки, проектор.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам до перегляду мультфільм «Конфліктна ситуація». Після перегляду відбувається його обговорення.

Запитання для обговорення:

– Що можна винести із даної ситуації?

– Чи зустрічаються такі ситуації у вашому житті?

– Чи стикалися ви з подібними ситуаціями у вашій роботі?

– Яким було вдале вирішення конфлікту та чому?

Індивідуальна робота. Тест «Чи конфліктна я людина»?

Мета: надати можливість кожному учаснику протестувати себе на схильність до конфлікту.

Час: 10 хв. *Ресурси*: бланк анкети для кожного учасника.

Хід проведення: Кожен учасник тренінгу отримує анкету *Тест «Чи конфліктна я людина»?*

Перед Вами 8 запитань. На кожне питання запропоновано 3 варіанти відповіді. Відповідь на кожне питання занесіть в бланк (обводячи цифру, що відповідає

вашому варіанту відповіді). В кінці підрахуйте загальну кількість балів.

1. У групі виникла суперечка на підвищених тонах. Ваша реакція:

а) не беру участі;

б) лише коротко висловлююся на захист тієї точки зору, що вважаю правильною;

в) активно втручаюся й «викликаю вогонь на себе».

2. Чи виступаєте ви на зборах (класних годинах) із критикою?

а) не виступаю.

б) тільки якщо маю для цього вагомі підстави.

в) критикую завжди й з будь-якого приводу.

3. Чи часто ви сперечаєтеся з друзями?

а) тільки жартома і якщо ця людина не вразлива.

б) лише з принципових питань.

в) суперечки – моя стихія.

4. Ви стоїте в черзі. Ваша реакція, якщо хтось намагається вас випередити:

а) обурююся в душі, але мовчу: собі дорожче;

б) зауважую — необхідно ж навчати грубіяна гарного тону;

в) проходжу вперед і починаю спостерігати за порядком.

5. Удома на обід подали несолоний суп. Ваша реакція:

а) не буду здіймати бурю через дурницю;

б) мовчки візьму сільничку;

в) не втримаюся від уїдливих зауважень і, можливо, демонстративно відмовлюся від їжі.

6. На вулиці або в транспорті вам наступили на ногу:

а) обурено подивлюся на кривдника;

б) сухо, без емоцій зроблю зауваження;

в) скажу все, що думаю, не соромлячись виразів.

7. Хтось із рідних придбав річ, що вам не подобається:

а) промовчу;

б) обмежуся коротким, але тактовним коментарем;

в) висловлю все, що я про це думаю.

8. Не пощастило, ви програли в лотерею купу грошей. Ваше ставлення:

а) намагатимусь здаватися байдужим, але дам собі слово ніколи більше не брати участь у цьому неподобстві;

б) не приховаю досади, але поставлюся до події з гумором, пообіцявши взяти реванш;

в) програш зіпсує мені настрій, подумаю, як помститися аферистам.

	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*
А	4	4	4	4	4	4	4	4
Б	2	2	2	2	2	2	2	2
В	0	0	0	0	0	0	0	0

Оцінювання результатів.

Оцінки: «а» — 4 бали, «б» — 2 бали, «в» — 0 балів.

22-32 бали. Ви тактовні й миролюбні, уникаєте суперечок і конфліктів, критичних ситуацій. Вислів «Платон мені друг, але істина дорожча!» не може бути вашим девізом. Вас іноді

називають пристосованцем. Наберіться сміливості та (якщо обставини дозволяють) висловлюйтеся принципово.

12-20 балів. Вас вважають людиною конфліктною. Але це перебільшення. Ви конфліктуєте, тільки якщо немає іншого виходу, коли всі інші способи вичерпано. Ви здатні твердо відстоювати свою думку, не думаючи, як це відіб'ється на ставленні до вас товаришів. При цьому ви не «виходите за межі», не принижуєте інших. Усе це викликає до вас повагу.

До 10 балів. Суперечки й конфлікти – це ваша стихія. Адже ви любите критикувати інших, якщо ж почуєте зауваження на свою адресу – можете «з'їсти людину живцем». Це критика заради критики. Не будьте егоїстом. Дуже важко доводиться тим, хто поруч із вами. Ваша нестриманість відштовхує людей. Чи не тому у вас немає справжніх друзів? Спробуйте приборкати свій характер.

Після її заповненням, всі учасники тренінгу підраховують свій загальний бал і ведучий знайомить з результатами анкетування у відповідності до набраної суми балів.

Запитання для обговорення:

– Чи задовольняють вас такі результати?

– Що потрібно роботи, якіцо результати тесту вас не задовольняють?

Вправа «Мозковий штурм «Асоціація «Конфлікт»

Мета: усвідомлення емоційного поля сприйняття конфлікту.

Час: 20 хв. *Ресурси*: підготовлений аркуш паперу А1 з написом «Асоціація «Конфлікт», маркери різного кольору.

Хід проведення: ведучий просить учасників подумати над тим, що таке конфлікт, надати приклади конфлікту, описати асоціації, які виникають у них у зв'язку з визначенням поняття «конфлікт». Ведучий демонструє учасникам аркуш А1 з написом слова «Конфлікт» по літерах в окремій секції:

К О Н Ф Л І К Т

На кожну літеру учасникам слід запропонувати слова-асоціації до поняття «конфлікт». Виходить, наприклад: «К» - крик; «О» - образа; «Н» - насилля тощо. Після розгляду кожної із букв та тренер коротко підсумовує відповіді учасників. Ведучому варто пояснити, що слово «конфлікт» походить від латинського «conflictus», що означає «зіткнення». Тільки той, хто уникає спілкування з іншими, може уникнути конфліктів. Про це можна сказати так: «Життя без конфліктів – це життя без відносин». Конфлікт – це зіткнення інтересів, думок, дій чи бажань (Едвард де Боно, 1986). Ведучий звертає увагу групи на те, що всі слова у даному асоціативному ланцюжку є негативними, тобто конфлікт сприймається як тупикова ситуація. Але потрібно шукати вихід, бачити тільки позитивне, розглядати конфлікт як можливість почати нові стосунки, з'ясувати причини та способи уникнення негативу та шляхи домовленості. Далі ведучий пропонує учасникам виконати наступне завдання: розписати по літерах те ж саме слово («конфлікт»), але з використанням позитивних моментів.

К О Н Ф Л І К Т

Виходить, наприклад:

«К» - кардинальний (кар'єра);

«О» - оптимізм;

«Н» - новини;

«Ф» - фундамент;

«Л» - людина;

«І» - ідея;

«К» - красномовність;

«Т» - толерантність.

Запитання для обговорення:

– Чи завжди конфлікт – ц негатив?

– Чи змінилося ваше ставлення до конфліктних людей та, власне, самих конфліктів, що виникають у роботі з клієнтами?

– Чому необхідно вміти запобігати конфліктним ситуаціям? Обґрунтуйте.

Інформаційне повідомлення «Що таке конфлікт. Крива конфлікту»

Мета: визначити наслідки конфлікту; сформувати в учасників уявлення щодо поведінкових реакцій у ситуації конфлікту.

Час: 25 хв. *Ресурси*: аркуші паперу А1, маркери, 5 кольорових аркушів А4 різних кольорів з надрукованими назвами стадій вирішення конфлікту, картки для кожного учасника з рисунком кривої конфлікту.

Хід проведення: На першому етапі виконання вправи тренер просить учасників подумати, які емоції у них виникають при слові «конфлікт». Після роздумів (протягом 1 хв) учасники висловлюють свої думки, а тренер їх фіксує на фліпчарті. На другому етапі виконання вправи тренер демонструє учасникам на аркуші А1 намальовану «Криву конфлікту»

Надалі тренер розказує учасникам про стадії вирішення конфліктів (надаючи щодо кожної стадії коментарі).

1. Визнати, що ви перебуваєте в конфлікті.
2. Визначити проблему.
3. Вступити в діалог і проявляти повагу до ситуації іншої людини.
4. Знайти моменти, з якими ви згодні.
5. Знайти прийнятні рішення, які задовольняють обидві сторони.

Вправа «Розгляд конфліктів та шляхів їх вирішення у групі».

Мета: набуття учасниками практичних навичок з вирішення конфліктів.

Час: 60 хв. *Ресурси*: папір А1, маркери, картки проблемних ситуацій.

Хід проведення: ведучий формує пари (або по 3 особи, якщо учасників більше, ніж 20 осіб), роздає проблемні ситуації для обговорення та пошуку шляхів вирішення проблемних ситуацій.

№ п/п	*Завдання*
Завдання 1.	Учасники постійно розмовляють, не звертаючи на вас увагу. На ваші зауваження та прохання припинити розмову практично не реагують: на хвилину замовкають, і знову продовжують в тому ж дусі. Яким чином припинити подібні дії учасників та включити їх у навчання?
Завдання 2.	Учасники постійно запізнюються. Після кожної перерви вони повільно та неорганізовано сходяться до аудиторії, порушуючи регламент навчання. Як змінити ситуацію?
Завдання 3.	Ви розхвилювалися. Втратили орієнтацію, розгубилися і не знаєте, що робити й говорити далі. Учасники починають нервувати, вони дивляться на вас з очікуванням. Який вихід з такої ситуації?
Завдання 4.	Задуманий вами сценарій заняття не виходить. Учасники постійно затягують виконання

	завдань. Ви не встигаєте опрацювати значну частину матеріалу до завершення визначеного регламентом терміну завершення тренінгу. Ваші дії?
Завдання 5.	Дехто з учасників не хоче виконувати запропоновані вами завдання, або виконує їх без ентузіазму. Такі особи демонстративно не беруть участь у загальній роботі, сідають окремо. Як бути у цій ситуації?
Завдання 6.	Дехто з учасників Вас перебиває. Коментує чи критикує ваші вислови, робить зауваження, висловлює свою думку, яка може бути протилежною вашій. Ваші дії у цій ситуації?
Завдання 7.	У вашій навчальній групі з'явилося кілька лідерів, які під час виконання інтерактивних завдань активно висловлюють свою думку, не даючи змоги висловитися іншим учасникам. Як бути у цій ситуації?
Завдання 8.	Учасники ставляться до вас насторожено та з недовірою. Ви відчуваєте гнітючу атмосферу і не можете нормально працювати. Що робити?
Завдання 9.	Під час роботи активність групи явно знижується. Слухачі мляві, «засинають» у вас на очах. Що робити?
Завдання 10.	У вас відсутній зворотній зв'язок з групою. Ви не знаєте, що їх цікавить і чи зрозуміли вони матеріал. Як виправити ситуацію?

Групи працюють над даним завданням протягом 20 хв. Після роботи учасників у парах, йде презентація наробок

кожної групи. Далі йде можливе обговорення чи доповнення до даних кейсів на загальне коло.

Запитання для обговорення:

– Які складнощі виникали у кожній групі у процесі виконанням даного завдання?

– Яким чином відбувався пошук варіантів щодо вирішення наданих проблемних ситуації?

II Сесія. Способи вирішення конфліктів

Вправа на активізацію групи «Їстівне – не їстівне»

Мета: зняти напругу серед учасників та налаштуватися на активну роботу у тренінгу.

Час: 20 хв. *Ресурси*: м'яч (бажано не великий) або, як альтернатива, м'яч, зроблений з використаних аркушів А1 та перемотаних скотчем.

Хід проведення: учасники стають у коло. Ведучий, тримаючи в руках м'яч, пропонує по команді спіймати його або відштовхнути. Потрібно спіймати м'яч тоді, коли буде сказано «їстівне» слово, наприклад, овочі, пиріжок, торт, морозиво тощо і відштовхнути м'яча, якщо буде сказано «неїстівне» слово, наприклад, чашка, книга, вікно та ін. Ведучий промовляє слово і кидає м'яч одному з учасників групи, який має його піймати або відштовхнути.

Якщо його дії були не правильними, то до нього переходить роль ведучого, тобто необхідно промовляючи нове слово, кинути м'яч комусь іншому тощо.

Вправу слід продовжити доки у якості ведучого не перебувають усі учасники тренінгу.

Вправа «Шість капелюхів де Боно»

Мета: структурувати отримані знання щодо видів конфліктів, природи їх походження та вирішення шляхом аналізу проблемних ситуацій (кейсів).

Час: 60 хв. *Ресурси*: картки з проблемними ситуаціями, маркери, аркуші паперу формату А4

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у групи (кількість 3-4 особи). Кожній групі пропонується скласти проблемну ситуацію (кейс) або скористатися уже підготовленою тренером. Групи працюють над даними ситуаціями, використовуючи методику «Шість капелюхів де Боно». При роботі в групі даний метод можна розглядати як різновид мозкового штурму.

Для учасників можна зробити символічні картинки з капелюхами аби вони могли їх «надівати» по черзі, не порушуючи даний порядок кольорів (виняток тільки для синього капелюха, бо його можна «одівати як на початку, так й у кінці»).

Білий капелюх: інформація. Детальна і необхідна інформація. Тільки факти. Яка ще необхідна інформація? Використовується для того, щоб спрямувати увагу на інформацію. У цьому режимі мислення нас цікавлять лише факти. Ми задаємося питаннями про те, що ми вже знаємо, яка ще інформація нам необхідна і як нам її отримати.

Червоний капелюх: почуття та інтуїція. У режимі червоного капелюха в учасників (якщо це колективне обговорення) є можливість висловити свої почуття та інтуїтивні здогади щодо питання, яке обговорюється, не вдаючись у пояснення про те, чому це так, хто винен і що робити далі.

Жовтий капелюх: позитив. Символічне відображення оптимізму. Дослідження можливих успіхів і позитивних сторін. Переваги. Чому це працює? Тому що вимагає переключити свою увагу на пошук переваг і позитивних сторін ідеї, яка розглядається. Одягаючи його, ми думаємо над перевагами, яке дає рішення, розмірковуємо над вигодою і перспективою ідеї. І навіть якщо ідея на перший погляд не обіцяє нічого хорошого, важливо опрацювати оптимістичну сторону і спробувати виявити приховані позитивні ресурси.

Чорний капелюх: критика. Цей капелюх протилежний жовтому. Він застерігає і змушує думати критично. Що може статися поганого або що піде не так? Обережність дозволяє дати волю критичним оцінками чи побоюванням. Саме критика захищає нас від нерозважливих і непродуманих дій, вказує на можливі ризики і «підводні камені». Користь від такого мислення безсумнівна, якщо, звичайно, нею не зловживати.

Зелений капелюх: креативність. Перебуваючи під зеленим капелюхом, ми придумуємо нові ідеї, модифікуємо вже існуючі, шукаємо альтернативи, досліджуємо можливості, взагалі, даємо креативності зелене світло. Тут можна

скористатися власним досвідом чи досвідом групи щодо вирішення ситуації або дещо переробити в залежності від потреб клієнта.

Синій капелюх: управління процесом. Синій капелюх відрізняється від інших капелюхів тим, що він призначений не для роботи зі змістом завдання, а для управління самим процесом роботи. Зокрема, його використовують на початку сесії для визначення того, що належить зробити, і в кінці, щоб узагальнити досягнуте і поставити нову мету.

Запитання для обговорення:

– Що було важко виконати у даному завданні?

– Яким чином відбувався пошук варіантів?

– З якою метою було запропоновано виконання даної вправи?

Вправа «Мозковий штурм «Найбільш поширені конфлікти, які виникають у процесі роботи з людьми похилого віку»

Мета: обговорення найбільш поширених конфліктів, які виникають у роботі з людьми похилого віку з досвіду учасників.

Час: 40 хв. *Ресурси*: папір А 1, маркери

Хід проведення: ведучий проводить дискусію з учасниками та записує їхні відповіді щодо найбільш поширених конфліктів у процесі роботи з людьми похилого віку. Усі відповіді слід обговорити та прокоментувати. По можливості, ведучому, разом з учасниками, слід напрацювати алгоритм дій для

вирішення запропонованих конфліктних ситуацій та провести їх обговорення.

Запитання для обговорення:

– Що було складного у процесі роботи?

– Яким чином відбувався пошук варіанту вирішення ситуації?

Інформаційне повідомлення «Як запобігти ескалації конфліктів?»

Мета: надати інформацію щодо засобів запобігання ескалації конфліктів/конфліктних ситуацій.

Час: 30 хв. *Ресурси*: презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий наголошує на тому, що якщо конфліктна ситуація все ж таки виникла, дуже важливо не допустити її ескалації, оскільки тоді вже буде досить важко та складно вирішувати.

Далі, у процесі ознайомлення зі слайдами (презентація ведучого), слід організувати дискусію з учасниками для обговорення наданого теоретичного матеріалу.

Загалом, дуже важливо для соціальних працівників/робітників вміти здійснювати самоконтроль над власними почуттями, емоціями, вчинками.

Саме уміння опановувати себе під час виникнення суперечок, допоможе спеціалістам успішно розв'язувати конфлікти, зберегти власне здоров'я та здоров'я клієнтів, з якими працюють.

Щоб запобігти ескалації конфлікту, слід:

– уміти вчасно розпізнати конфліктну ситуацію;

– з'ясувати причину конфліктної ситуації;
– поводитися чемно, не вживати образливих слів;
– уникати категоричних слів «завжди», «ніколи», «нізащо»;
– не зневажати і не принижувати співрозмовника;
– не насміхатися;
– стримувати власні емоції;
– відчувати та розуміти емоції співрозмовника;
– уважно слухати і не перебивати;
– бути чесним і щирим у словах і виявах почуттів;
– під час розмови не вихвалятися, не повчати;
– говорити завжди про конкретні ситуації, не узагальнювати;
– відстоювати власну точку зору;
– не тиснути на співрозмовника;
– намагатися порозумітися;
– не боятися визнавати помилки, вибачатися;
– не провокувати й не піддаватися на провокацію конфлікту;
– не відповідати образою на образу.

Запитання для обговорення:

– Як навчитися контролювати емоції під час конфлікту?
– Чому не слід допускати ескалації конфлікту?
– Як загострення конфлікту може вплинути на вашу професійну діяльність?

III Сесія. Управління конфліктами

Вправа на активізацію «Біп»

Мета: активізація учасників, розвиток навичок соціальної перцепції і тактильного контакту.

Час: 15 хв. *Ресурси*: шарф або хустинка.

Хід проведення: учасники сідають у тісне коло, щоб між сусідами не залишалося вільного місця. Один з них із зав'язаними очима декілька разів обертається навколо себе, після чого наближається до сидячих в колі учасників і «всліпу» сідає комусь на коліна. Той, на чиї коліна сів учасник, говорить зміненим голосом: «Біп!». Завдання учасника із закритими очима вгадати по голосу, на чиїх колінах він сидить.

Інформаційне повідомлення «Техніки управління конфліктною ситуацією»

Мета: ознайомити учасників із техніками вирішення конфліктів.

Час: 20 хв. *Ресурси*: презентація ведучого

Хід проведення: ведучий наголошує учасникам тренінгу, що існує декілька ефективних способів управління конфліктною ситуацією. В залежності від видів спілкування їх можна ділити на дві категорії: структурні та міжособистісні. Спосіб вирішення конфліктної ситуації часто залежить від типу конфлікту. Застосування конкретного методу або їх сукупності вимагає з'ясування причин, що призвели до конфлікту.

П'ять основних міжособистісних стратегій вирішення конфліктів:

1. Ухилення. Цей стиль передбачає, що людина намагається уникнути конфлікту. Як вважають Роберт Блейк та Джейн Моутон, один із способів вирішення конфлікту - це «не опинятись у ситуаціях, які провокують виникнення протиріч, не вступати в обговорення питань, які здатні викликати напругу у спілкуванні. Тоді не доведеться нервувати, вирішуючи проблему».

2. Згладжування. Цей стиль характеризується поведінкою, яка диктується переконанням, що не варто гніватися, тому що «ми всі - одна щаслива команда, і не слід розгойдувати човен». «Згладжувач» не проявляє ознаки конфлікту, часто апелює до жалості, зовсім забуває про проблему, яка є основою конфлікту. В результаті може настати мир, гармонія та тепло, але проблема залишиться.

3. Примушення. У рамках цього стилю приваблюють спроби змусити прийняти свою точку зору будь-якою ціною. Тому тих, хто намагається це зробити, не цікавить думка інших. Особа, яка використовує цей стиль, часто веде себе агресивно, а для впливу на інших використовує владу шляхом примушення. Цей стиль може бути ефективним у ситуаціях, коли працівник має значну владу над клієнтом. Недолік цього стилю полягає у тому, що він негативно впливає на ініціативу підлеглих, створює велику вірогідність того, що будуть враховані не всі важливі фактори для пошуку домовленостей, оскільки представлена лише одна точка зору.

4. Компроміс. Цей стиль характеризується прийняттям точки зору іншої сторони, але лише у деякій мірі. Здатність до компромісу високо цінується в управлінських ситуаціях, оскільки це зводить до мінімуму недоброзичливість і часто дає можливість швидко вирішувати конфлікт для задоволення обох сторін. Використання компромісу на ранній стадії конфлікту, який виник з важливого рішення може завадити діагнозу проблеми та скоротити час на пошук альтернативи.

5. Вирішення проблеми. Цей стиль характеризується визначенням розбіжностей у думках і готовністю ознайомитися з іншими точками зору, щоб зрозуміти причини конфлікту і знайти вихід, прийнятний для всіх сторін. Той, хто користується таким стилем, не намагається добитися своєї мети за рахунок інших, а скоріше шукає найкращий варіант вирішення конфліктної ситуації для усіх конфліктуючих сторін.

Запитання для обговорення:

– Що нового ви дізналися з інформаційного повідомлення?

– Чи дана інформація допоможе вам у практичній діяльності?

– На що спрямована запропонована інформація?

Вправа «Яблуко та черв'ячок»

Мета: навчитися вибирати та застосовувати різні стратегії вирішення конфліктних ситуацій у практичній діяльності.

Час: 30 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам сісти зручніше, закрити очі та уявити на хвилину, ніби кожен із них - яблуко. Стигле, соковите, красиве, ароматне, наливне яблучко, яке висить на гілочці. Потім говорить: «Всі милуються Вами, захоплюються. Раптом звідки не візьмись, підповзає до Вас черв'як. І каже: «Зараз я тебе буду їсти!» Що б Ви відповіли йому? Відкрийте очі і запишіть свою відповідь».

На наступному етапі ведучий повідомляє, що кардинальним (принциповим) значенням у питанні вирішення конфлікту є вибір стратегії виходу з нього, що залежить від різних факторів: особистісні особливості опонента, рівень завданого збитку, статус опонента, можливі наслідки тощо. І наголошує про п'ять основних стратегій виходу з конфліктної ситуації, про які говорилося у попередній вправі:

Примітка!

Приклади відповідей:

- ☐ *Конкуренція: «Зараз як упаду на тебе і розчавлю!»*
- ☐ *Уникнення: «Он, подивися, яка там симпатична груша!»*
- ☐ *Компроміс: «Ну, добре, відкуси половинку, решту залиш моїм улюбленим господарям!»*
- ☐ *Пристосування: «Така видно вже в мене доля тяжка!»*
- ☐ *Співпраця: «Подивися, на землі є вже яблука, що впали, ти їх їси, вони теж смачні!*

Запитання для обговорення:

- ☐ *Що було важко виконати дане завдання?*
- ☐ *Яким чином відбувався пошук альтернативних варіантів?*

Вправа «Вирішення кейсів, які пов'язані з конфліктами між клієнтом та соціальним робітником/ працівником».

Мета: обговорити практичний досвід соціальних працівників щодо безконфліктного спілкування з людьми похилого віку.

Час: 60 хв. *Ресурси*: маркери, папір А 1

Хід проведення: ведучий об'єднує учасників у пари. Кожна пара спілкується протягом 15 хв (вони діляться між собою досвідом своєї роботи). Після обговорення кожна пара розказує вже про спільний досвід такої роботи для інших членів групи.

Запитання для обговорення:

– Чи важко було працювати над даним завданням?

– Як власний практичний досвід використовували при виконанні даного завдання?

Притча «Торбина картоплі»

Мета: підвести підсумки роботи учасників тренінгу

Час: 10 хв. *Ресурси*: не потрібні

Хід проведення: ведучий розповідає притчу учасникам тренінгу та ініціює її обговорення:

Учень запитав вчителя:

– Ти такий мудрий. Ти завжди в гарному настрої, ніколи не злишся. Допоможи і мені бути таким.

Учитель погодився і попросив учня принести картоплю та прозорий пакет.

– Якщо ти на кого-небудь розсердишся і затаїш образу,– сказав учитель, – то візьми цю картоплину. З одного її боку напиши своє ім'я, з іншого ім'я людини, з якою стався конфлікт, і поклади цю картоплю в пакет.

– І це все? – здивовано запитав учень.

– Ні, – відповів учитель. Ти повинен завжди цей мішок носити з собою. І кожного разу, коли на кого-небудь образишся, додавати в нього картоплю.

Учень погодився.

Пройшов певний час. Пакет учня поповнився ще кількома картоплинами і став уже досить важким. Його дуже незручно було носити з собою. До того ж та картопля, яку він поклав на самому початку стала псуватися. Вона покрилась слизьким гидким нальотом, деяка проросла, деяка зацвіла і стала видавати різкий неприємний запах. Учень прийшов до вчителя і сказав:

– Це вже неможливо носити з собою. По-перше пакет занадто важкий, а по-друге картопля зіпсувався. Запропонуй що-небудь інше.

Але вчитель відповів:

– Те ж саме, відбувається і в тебе в душі. Коли ти, на кого-небудь злишся, ображаєшся, то у тебе в душі з'являється важкий камінь. Просто ти це відразу не помічаєш. Потім каміння стає більшим. Вчинки перетворюються на звички, звички – в характер, який народжує погані думки. І про цей груз дуже не легко забути, адже він занадто важкий, щоб носити його

постійно з собою. Я дав тобі можливість поспостерігати весь цей процес з боку. Кожен раз, коли ти вирішиш образитися або, навпаки, образити когось, подумай, чи потрібен тобі цей камінь.

Запитання для обговорення:

– Які думки виникли у вас після прослуховування цієї притчі?

– Що втілює в себе образ торбинки з картоплею?

– Чи завжди людина усвідомлює, що вона носить такий мішок за своїми плечима?

Вправа «Оцінка тренінгу»

Мета: підвести підсумки роботи на тренінгу учасників.

Час: 15 хв. *Ресурси*: стікери різного кольору, аркуш А1 з написаними питаннями, вихідна анкета.

Хід проведення: перед проведенням підсумків роботи тренінгу, ведучий вивішує на аркуші А1 намальований чемодан, знак запитання та корзинку та, відповідно до них, запитання.

Кожен учасник отримує комплект із трьох різнокольорових стікерів.

На першому стікері *учасники пишуть те, що вони можуть взяти для себе у валізу як спеціалісти.*

На другому стікері пишуть *питання, які виникали у них під час роботи на тренінгу.*

На третьому стікері учасники пишуть *побажання ведучим.*

Після цього кожен учасник підходить по черзі до аркушу А1 який розміщений на фліпчарті, проговорює відповіді на дані питання та наклеює їх у відповідності до малюнків.

Вихідна анкета учасника

1. Що на тренінгу сподобалося Вам найбільше, і чому (тематика навчання, процес навчання, робота тренера, учасники, місце проведення)?

2. Що не сподобалося, і чому (тематика, побудова програми, робота тренера, організація тренінгу, місце проведення, тощо)?

3. Чи отримали Ви відповіді на питання, з якими прийшли на тренінг?

4. Шляхом позначки відповідного числа, дайте оцінку корисності наданої, під час тренінгу, інформації (у відсотках) або напишіть своє число (вказати «плюсами» під потрібною цифрою):

100 80 60 40 20 Своє число

5. Яким чином Ви зможете використати отримані знання та набуті навички в процесі професійної діяльності?

Список використаних джерел

1. Романова Н. Ф. Тимошенко Н.Є. Спілкування з людьми похилого віку: методичні матеріали до тренінгу / Н. Ф. Романова, Н. Є.Тимошенко ; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К. : Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. – 152 с.

2.3. Догляд за людьми похилого віку, які перебувають у нерухомому або малорухому фізіологічному стані

У людей похилого віку нерідко виникають проблеми через погіршення стану здоров'я, які можуть привести до певних утруднень, пов'язаних із самостійним пересуванням, прийомом їжі чи інтимною гігієною. Коли ж вони опиняються в нерухомому або малорухомому фізичному стані, то життя настільки ускладняється, що без сторонньої допомоги обійтися дуже складно. Найчастіше, такі хворі виявляються прикутими до ліжка, іноді вони не тільки не в змозі самостійно себе обслуговувати, але навіть самостійно перевернутися у ліжку. Ситуацію можуть погіршувати психічні розлади (депресія, апатія, агресія, дратівливість, різка зміна настрою), оскільки хворим важко прийняти свою безпорадність.

Примітка!

Надання послуги догляду за нерухомими та малорухомими у фізіологічному стані людьми похилого віку є доволі непростим завданням. Тому існують певні правила догляду, які повинні виконуватися чітко та послідовно.

Залежно від характеру захворювання та ступеню тяжкості, можуть спостерігатися такі *проблеми: складнощі, пов'язані із фізіологічними відправленнями*:

– *нетримання або затримка сечі; проблеми із дефекацією або із затримкою стільця;*

– *зниження чутливості кінцівок та порушення периферичного кровообігу*;

– *важкість при ковтанні, слинотеча*;

– *порушення мови*: нечіткість вимови; труднощі при пошуку потрібних слів;

– *когнітивні розлади*: розмиття розуміння, порушення здатності до читання та письма;

– *проблеми із здійсненням рухів*: відсутність можливості пересуватися, порушення координації та стійкості, мимовільні рухи.

Правильно організований догляд за такими людьми включає облік всіх особливостей стану та своєчасне надання допомоги і підтримки. Це означає, що поряд повинна знаходитися *людина, яка морально, фізично та професійно підготовлена, має практичні навички*, необхідні для:

– *проведення гігієнічних процедур;*

– *зміни білизни;*

– *профілактики пролежнів;*

– *годування;*

– *допомоги при фізіологічних відправленнях;*

– *приготування страв у рамках призначеної дієти.*

Догляд за нерухомими та малорухомими у фізіологічному стані людьми похилого віку вимагає певних знань та умінь, інакше можна нашкодити. Для створення умов, що сприяють

ефективному лікуванню, психологічного та побутового комфорту потрібно як *загальний*, так і *спеціальний догляд.*

Загальний догляд складається з ряду необхідних дій:

– *виконання всіх необхідних гігієнічних процедур;*

– *приготування їжі та надання допомоги під час її прийому;*

– *допомога при виконанні природних функцій;*

– *проведення профілактичних процедур для запобігання утворення пролежнів* (якщо ж все-таки пролежні мають місце – їх лікування);

– *спостереження за станом людини та своєчасного інформування лікаря про зміни;*

– *підтримки чистоти у приміщенні.*

Також до загального догляду відноситься вміння створити навколо такої людини атмосферу турботи та уваги. Сюди входять такі *моменти* (див. рис. 2.3.1) як: *затишний та комфортний емоційний стан; відсутність різних подразників; доброзичливе спілкування.*

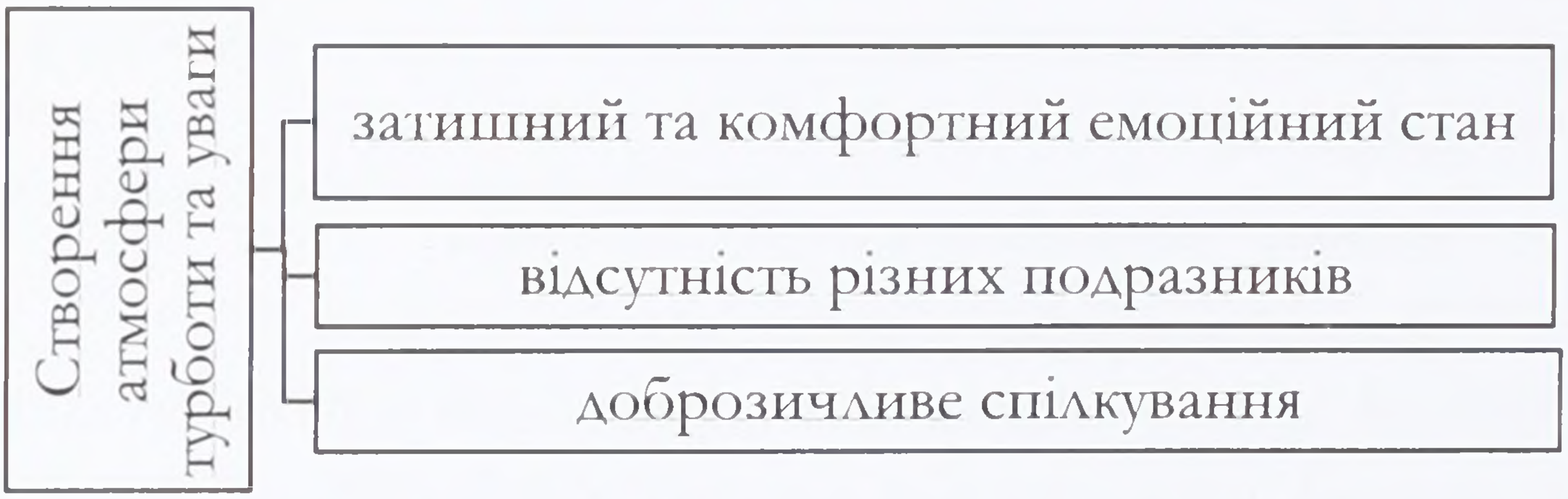


Рис. 2.3.1. Створення позитивної атмосфери

Оскільки обмеження нормального способу життя для таких людей часом важливіше самого захворювання.

Примітка!

Спеціальний догляд – це сукупність процедур, що призначаються при тому чи іншому діагнозі хворої людини.

Особливо зваженим та професійним повинен бути спеціальний догляд за нерухомими та малорухомими у фізіологічному стані людьми похилого віку. Зазвичай, у них спостерігається цілий комплекс вікових асоційованих захворювань, ускладнених геріатричними синдромами.

Зокрема, *у комплекс спеціального догляду за такими людьми, яким довелося перенести операцію на шийці стегна, входять*:

- *контроль над прийомом знеболюючих препаратів;*
- *масаж та фізіотерапія;*
- *дієтотерапія та питний режим;*
- *заходи для нормалізації роботи шлунково-кишкового тракту;*
- *попередження порушень у дихальній системі;*
- *проведення процедур лікувальної гімнастики;*
- *психотерапія для усунення причин пригніченого стану та запобігання розвитку депресій.*

Спеціальний догляд не є альтернативою лікуванню, проте без його здійснення лікування може не дати результатів; можуть виникнути ускладнення і реабілітація затягнеться на значно триваліший термін. Одним із найбільш неприємних

ускладнень практично будь-якого захворювання, пов'язаного з обмеженою рухливістю людини є пролежні.

Примітка!

Пролежень – це омертвіння тканини, яке виникає внаслідок тривалого вдавлення (зміщення, тертя) та поганого або порушеного кровообігу шкірних покривів.

У більшості випадків пролежні виникають у ослаблених людей, які з тієї чи іншої причини обмежені рухливості.

Зокрема, до утворення некрозу м'яких тканин схильні нерухомі та малорухомі у фізіологічному стані люди, які не можуть самостійно змінювати положення свого тіла із належною частотою.

Пролежні виникають там, де м'які тканини затиснуті між кістковим виступом і опорною поверхнею ліжка або крісла. У цих місцях дрібні кровоносні судини під вагою тіла стискаються, і кров з них витісняється у внутрішні ділянки тіла.

Згідно з медичною статистикою, у семи із десяти випадків, проблеми із пролежнями виникають у людей похилого віку.

Насамперед, це пов'язано з тим, що їх організм сам по собі вже не настільки рухливий, кровообіг природно погіршено, а тканини менш здатні до самостійного відновлення.

У табл. 2.3.1 надано основні характеристики пролежнів в залежності від їх ступеня:

Таблиця 2.3.1

Ступені пролежнів

Ступінь	*Прояви*
I	Легке почервоніння. Шкірний покрив не порушений. Проходить після припинення здавлювання, легкого масажу, зміни пози
II	Не бліднуть почервоніння. Не минає після припинення здавлювання. Хворобливі виразки та поверхневі нарости на шкірі. Ерозії, везикули, бульбашки. Епідерміс пошкоджений та відшаровується
III	Глибоке ураження усіх шарів шкіри. Припухлість. Сильне почервоніння. Кратер образні виразки, дно яких може бути заповнене жовтою масою (розкладається тканина) або червоною грануляцією (яскраво червоною тканиною із зернистою поверхнею). Неприємний запах
IV	Ураження усіх шарів шкіри, м'язів та кісток. Некроз. Тканина омертвіла. Дно виразки наповнене чорними шматками шкіри

Місця, які найбільш схильні до утворення пролежнів:

– *крестець, тазові кістки, лопатки, потилиця, лікті* – у положенні на спині;

– *стегна, плечі, вуха, коліна та щиколотки* – у положенні на боці;

– *коліна, лоб, підборіддя, плечі, склепіння стопи* – у положенні на животі;

– *вертела великих стегнових кісток, сідничні горби* – у положенні сидячі.

Всі ці кісткові виступи погано захищені прошарком жирової клітковини (рис. 2.3.2.):

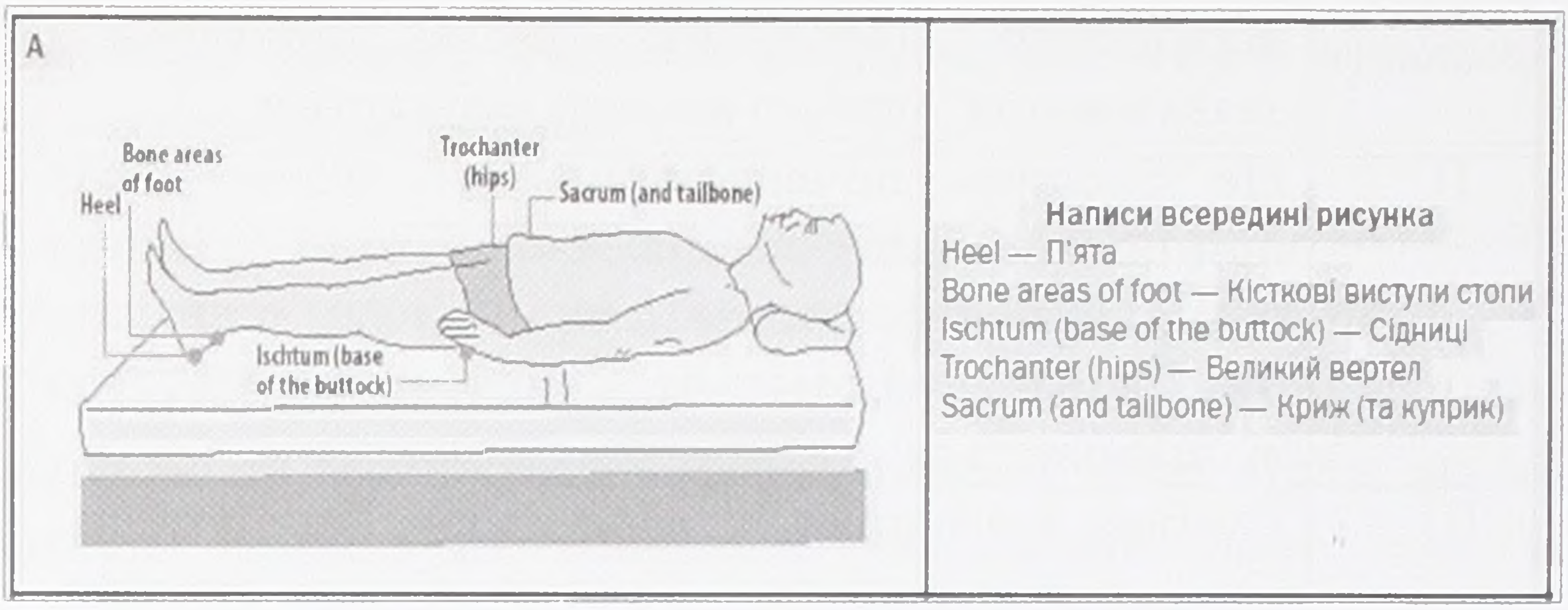


Рис. 2.3.2. Найбільш вразливі ділянки тіла у положенні лежачи

Фактори ризику для таких хворих також потребують особливої уваги збоку доглядальників (див. рис. 2.3.3):

тривала нерухомість
дія сили тертя та зсуву
нетримання сечі та калу
неврологічні чинники
надмірна вага та виснаження
додатковий тиск
підвищена температура та потовиділення
супутні захворювання судин

Рис.2.3.3. Фактори ризику для хворих з обмеженою рухливістю

Зупинимося більш детальніше, отже:

– *тривала нерухомість* веде до застою крові, набряку та запалення у місцях здавлювання;

– *дія сили тертя та зсуву*, особливо у людей з чутливою шкірою. Це буває під час маніпуляцій із людиною, яка обмежена рухливістю. У цей час відбувається зміщення верхніх шарів шкіри щодо нижчих, у результаті чого дрібні судини рвуться і кровопостачання цих відділів порушується. Також погіршується стан лежачого людини, яка сповзає із положення сидячи або напівсидячи через відсутність упору у ногах. Це ледь помітно оку, але відчутно для м'яких тканин лежачого людини;

– *нетримання сечі та калу*. Частинки виділень є сильними подразниками для шкіри людини і викликають свербіж;

– *неврологічні чинники* – травми голови та спини, порушення дотику;

– *надмірна вага та виснаження* – вага збільшує здавлювання тканин, а при виснаженні зникає захисний жировий шар, який діє пом'якшувально при стисненні;

– *додатковий тиск* – з боку дрібних предметів в ліжку: крихт, гудзиків, складок, швів;

– *підвищена температура та потовиділення* сприяють забрудненню шкіри;

– *супутні захворювання судин* – серцеві хвороби, цукровий діабет.

Профілактика виникнення пролежнів схематично показано на рис. 2.3.4:

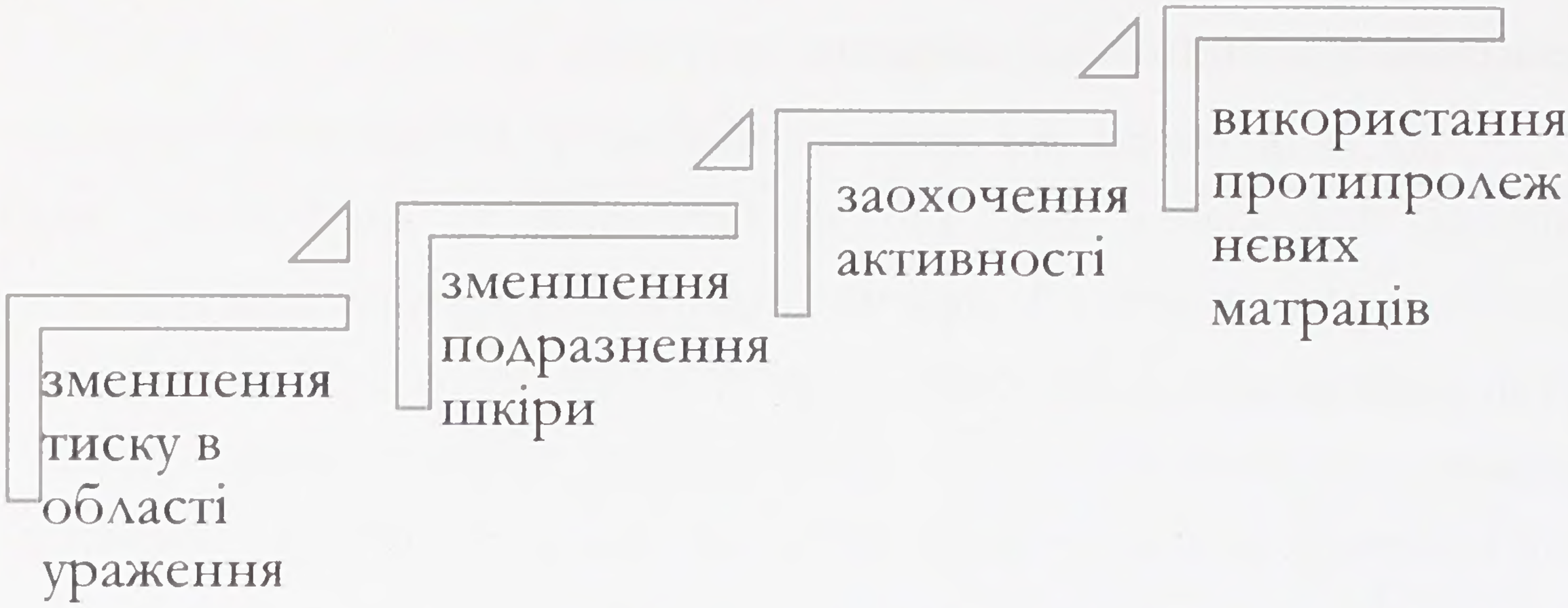


Рис.2.3.4. Профілактика виникнення пролежнів у нерухомому та малорухомому у фізіологічному стані людей похилого віку

1. Зменшення тиску в області ураження. Варто часто змінювати положення людини – не рідше, ніж кожні 2 години, якщо знаходиться у ліжку; і кожну годину, якщо користується інвалідним візком. Вночі рекомендується лежати на животі. Це положення має ряд переваг – розвантаження задньої частини тіла, запобігання контрактур. Під місця кісткових виступів обов'язково підкладають валики. Сенс застосування різноманітних валиків та протипролежневих пристосувань у тому, що вони збільшують площу зіткнення тіла із поверхнею, а значить зменшують тиск на проблемне місце.

2. Зменшення подразнення шкіри. З цією метою потрібно стелити м'яку білизну. Слід виключити грубі шви, гудзики,

заплати. Рекомендується часто поправляти ліжко, щоб під людиною не було складок та дрібних крихт.

3. Заохочення активності. Якщо нерухома та малорухома у фізіологічному стані людина здатна самостійно рухатися, вона повинна часто міняти своє положення та підтягуватися на руках за допомогою ліжкового троса кожні 15-30 хвилин. Якщо людина перебуває у сидячому положенні –рекомендується кожні 15 хвилин віджиматися на руках, спираючись на ручки інвалідного візка. Так звільняються від навантаження сідничні кістки. Необхідно також навчитися виконувати самостійно зарядку для профілактики контрактур, щоб кінцівки були надмірно зігнуті у суглобах. Якщо це неможливо, – потрібно робити пасивну зарядку за допомогою соціального працівника/робітника, іншого фахівця або родича, які доглядають за такою людиною, інакше колінні та тазостегнові суглоби можуть швидко стати нерухомими. Слід щогодини робити дихальну гімнастику – хоча б 10 спеціальних рухів для активізації дихальної мускулатури: вдих через рот, видих через ніс.

4. Використання протипролежневих матраців. Матраци бувають різних модифікацій. При виборі треба звертати увагу на наступні параметри: максимально допустима вага людини, а також який ефект - профілактичний або лікувальний - очікується від застосування даного матраца. Важливими показниками є безшумність роботи компресора, наявність системи обдування для підтримки сухості шкіри хворого,

розміри матраца. Фірмові протипролежневі матраци (рис.2.3.5) складаються з осередків або балонів, підключених до компресора. Компресор попеременно, за заданою програмою, надуває і здуває парні і непарні ряди балонів, створюючи ілюзію руху тіла пацієнта. Тим самим забезпечується масажний ефект і підтримується нормальна мікроциркуляція у тканинах, знижується м'язовий біль

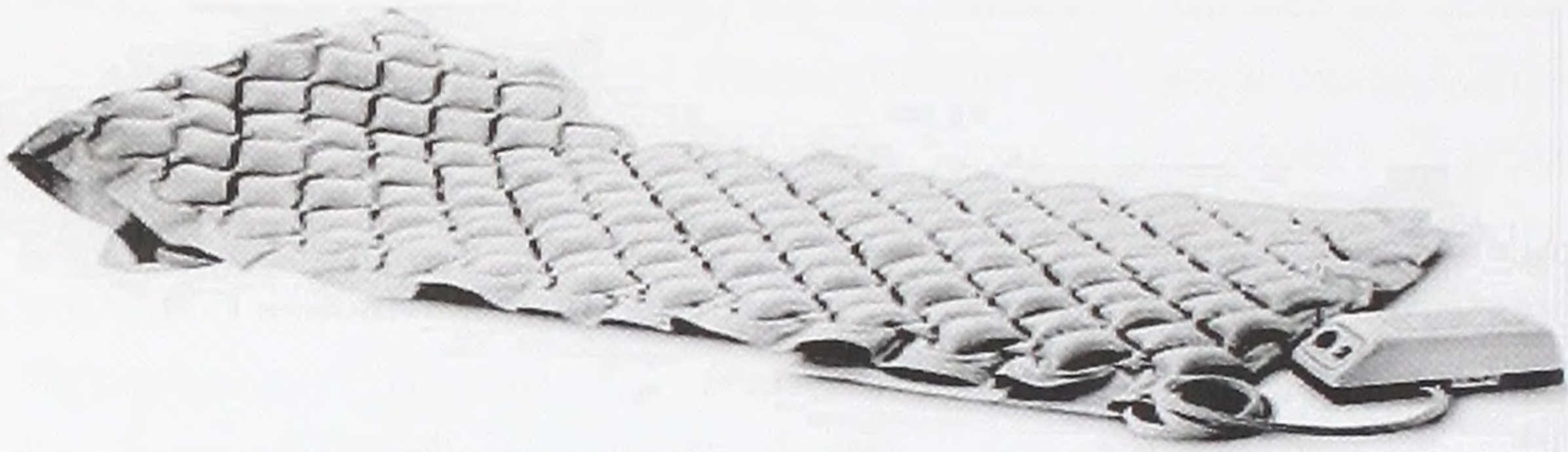


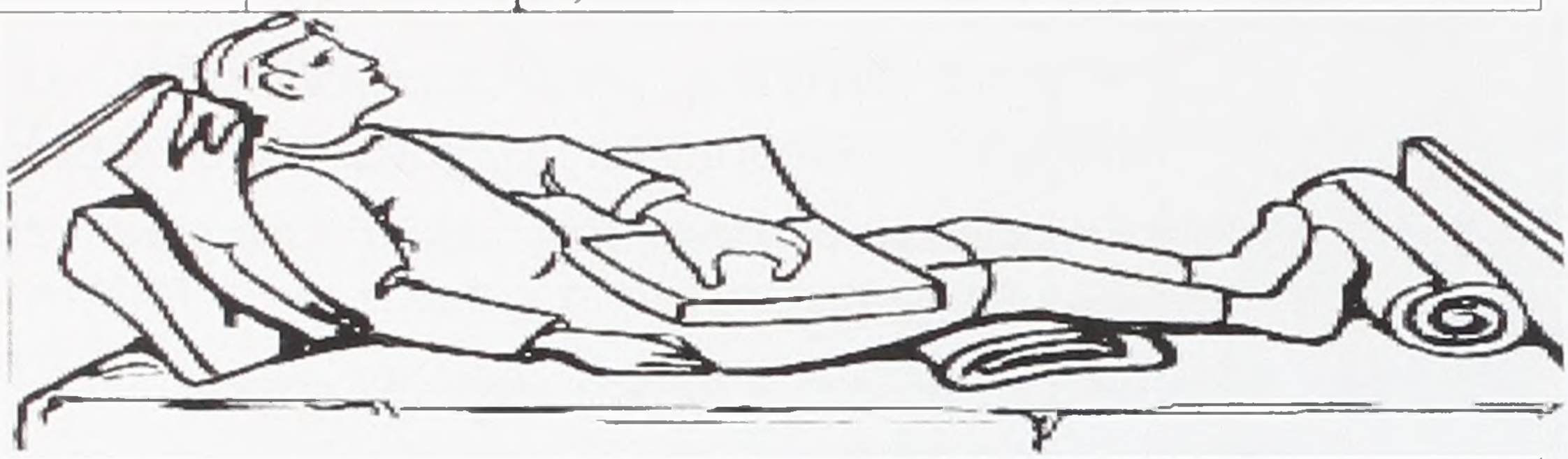
Рис.2.3.5. Протипролежнєвий матрац

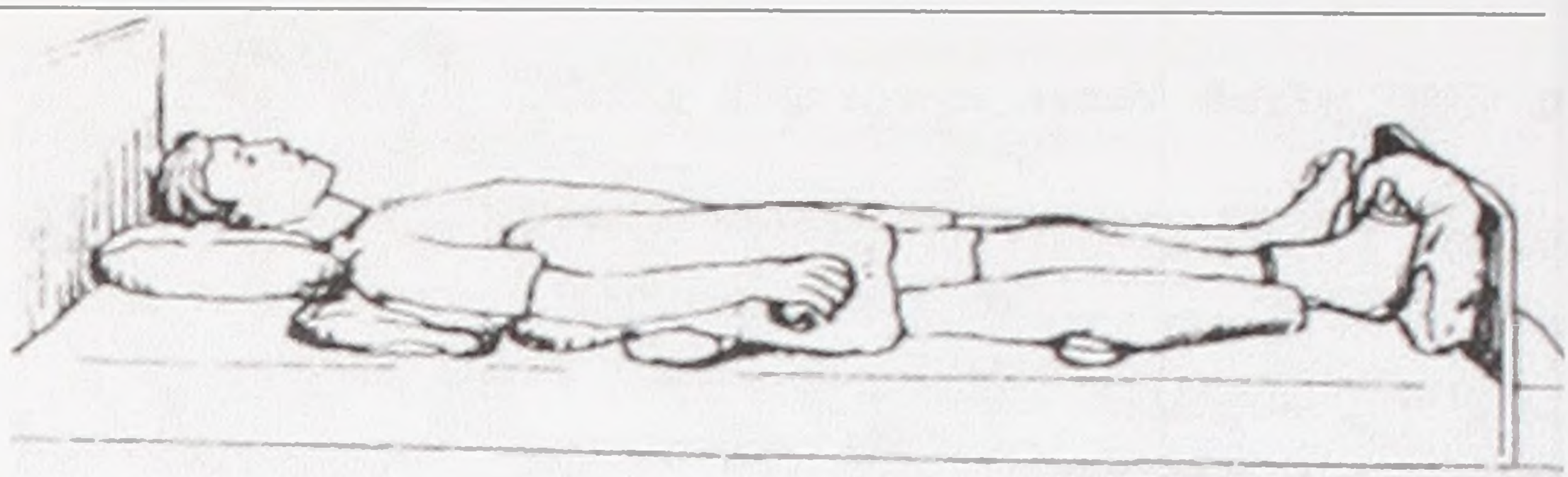
У таблиці 2.3.2 подані рекомендації при різних положеннях нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку.

Таблиця 2.3.2

Положення нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку у ліжку

Назва	*Рекомендації*
Положення Фаулера	– узголів'я ліжка піднесено на 45-60 градусів; – голова, шия та плечі на низькій подушці; – подушка або валик під передпліччя та кисть кожної руки;

	– подушка під поперек та сідниці; – подушки або валики під гомілки, ноги розвести трохи у колінних та тазостегнових суглобах; – ватно-марлеві круги під п'яти; – упор під стопи. – уклавши людину в одне із перерахованих положень, переконатися, що вона відчуває себе добре;
	
Положення «на спині»	– ліжко у горизонтальному положенні; – голова, шия, плечі на низькій подушці; – подушка або валик під плече, передпліччя та кисть кожної руки – невелика подушка під поперек (або резинове коло у чохлі); – подушки або валики під стегна. Ноги трішечки розвести, щоб виключити здавлювання в області колінних та гомілковостопних суглобів; – ватно-марлеві круги під п'яти; – підставка під стопи для упору.

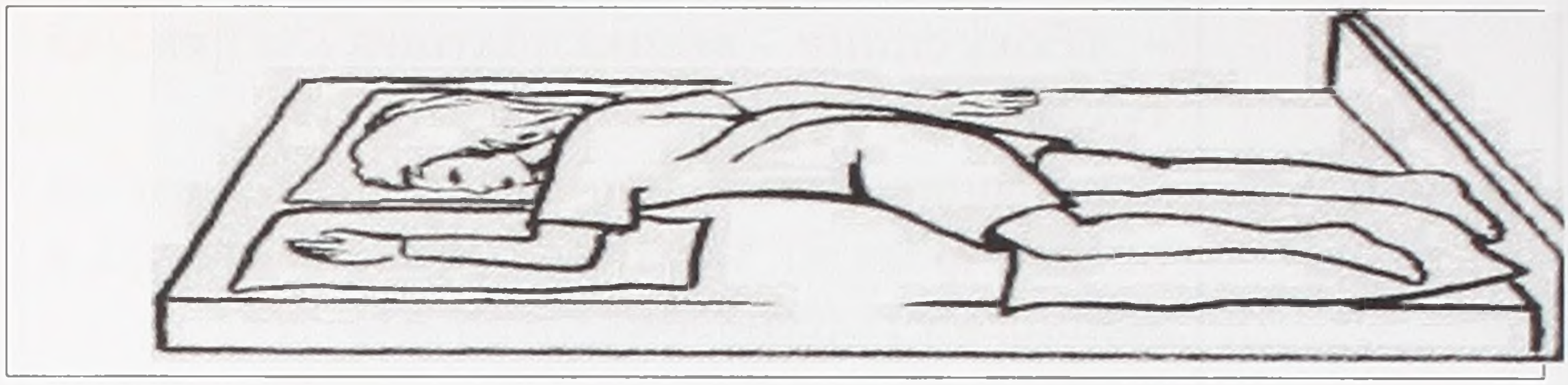


Положення «на животі»	– ліжко у горизонтальному положенні; – голова, шия та плечі на низькій подушці, але голова повернута в сторону; – руки зігнуті у ліктьових суглобах, лежать поруч із головою на подушці долонями вниз; – невелика подушка під животом трохи нижче діафрагми; – під коліна – ватно-марлеві круги; – під гомілки і стопи - подушки

Положення «на боці»	– ліжко в горизонтальному положенні; – голова, шия і плечі хворого на низькій подушці; – руки зігнуті в ліктьових суглобах. Нижня рука розташована на подушці поруч з узголів'ям. Верхня рука лежить на додатковій подушці поруч з тулубом долонею вниз;

	– з боку спини – велика подушка для фіксації тулуба; – подушка або валик між ніг від пахової області до стоп. Верхня нога злегка зігнута у колінному і стегновому суглобах; – підставка для упору під нижню стопу

Положення Сімса	– ліжко у горизонтальному положенні; – голова, шия та плечі хворого на низькій подушці і голова повернута в сторону; – верхня рука зігнута у ліктьовому суглобі і лежить на подушці; нижня – лежить на ліжку уздовж тулуба; – під верхньою ногою, зігнутою в колінному і стегновому суглобах, лежить подушка. Нижня нога розігнута та фіксується краєм тієї ж подушки; – під стопи упор під кутом 90 градусів; – з боку спини і живота подушки або валики з ковдр для фіксації положення



Виконуючи будь-яке переміщення, необхідно:

– переконайтеся у наявності необхідного інвентарю;

– вимити руки, осушити рушником та надіти рукавички;

– роз'яснити особі хід, зміст та необхідність даного переміщення і отримати згоду;

– обговорити із ним план спільних дій (якщо необхідно, то залучити до даного переміщенню інших помічників);

– опустити ліжко у горизонтальне положення, відрегулювати її зручний рівень (людина у ліжку повинна знаходитися на рівні середини стегна соціального працівника/робітника, це дозволить йому витратити менше сил при переміщенні);

– стати якомога ближче до людини;

– прибрати ковдру, перекласти подушку з-під голови до узголів'я ліжка (це необхідно для запобігання ймовірності удару головою людини про спинку ліжка у разі невдало).

Основний етап виконання маніпуляції із нерухомою та малорухомою у фізіологічному стані людиною похилого віку у ліжку

1) Укласти в одне із фізіологічних положень у ліжку, скориставшись подушками, валиками, підставками для стоп і т.

д. Так, як нерухома та малорухома у фізіологічному стані людина похилого віку багато часу перебуває у ліжку, дуже важливо, щоб постіль була зручною та чистою.

2) Ліжко має бути достатнім за розміром, щоб така людина змогла відчувати себе у ній вільно. Поставити ліжко потрібно так, щоб до неї було зручно підійти. Головний кінець ліжка повинен знаходитися біля стіни. Ніжки ліжка повинні бути забезпечені коліщатками, щоб її можна було пересувати. Для людей, які потребують піднятого положення у ліжку, необхідно придбати функціональне ліжко. Універсальні ліжка складаються з трьох рухомих секцій, які за допомогою ручок плавно та безшумно надають людям похилого віку зручного положення.

3) Сітка на ліжку повинна бути добре натягнута та мати рівну поверхню. Поверх неї кладуть матрац із наматрацниками без горбів та западин.

4) Матрац: для догляду за нерухомими та малорухомими у фізіологічному стані людьми похилого віку повинен бути дуже зручний матрац, що складається з окремих частин. У разі його забруднення змінюється тільки забруднені частина.

5) Клейонка: для людей похилого віку, які страждають на нетримання сечі та калу, по всій ширині матрацу прикріплюють клейонку, добре підігнувши її краї.

6) Простирадло: зверху клейонки кладуть простирадло, краї якої підвертають під матрац, щоб воно не скочувалася та не збиралася у складки. Якщо є необхідність, на простирадло

можна покласти одноразову пелюшку. На подушки та ковдри надягають постільну білизну.

Щоб змінити положення людини у ліжку потрібно, схематично показано на рис. 2.3.6:

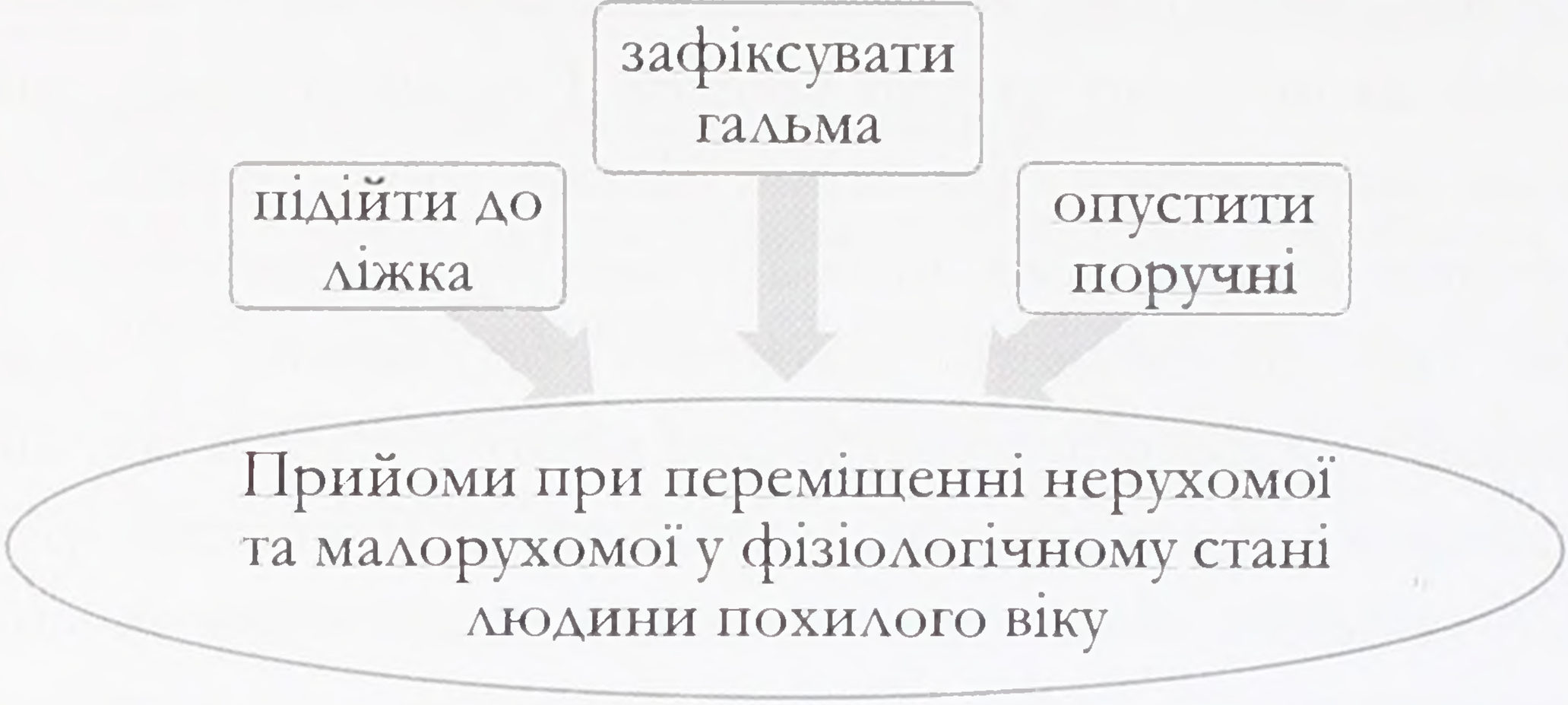


Рис. 2.3.6 Прийоми при переміщенні нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку

Примітка!

Дуже важливо постійно підтримувати контакт із хворою людиною та постійно цікавитися, яке положення вона хоче прийняти: на боці, животі чи спині. Може таке бути, що вона хоче сісти або їй потрібно підбити подушку тощо.

Самостійне переміщення нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку до узголів'я ліжка.

Одним із складних завдань для людини, наприклад, після інсульту є самостійно перемістится до узголів'я ліжка. Але освоювати цю вправу важливо. Така людина сідає на ліжко та згинає ноги у колінах. Уражена рука знаходиться перед ним на

коліні. Так, як чутливість в ураженій руці знижена, вона повинна стежити, щоб при переміщенні рука не потрапила під тіло. Здорова рука відведена назад та трохи в сторону від таза, витягнута та спирається на ліжко.

При можливості, обидві ноги згинаються та стопами ковзають по ліжку. Людина похилого віку спирається на п'яту здорової ноги та на здорову витягнуту руку, по черзі піднімає сідниці і переміщує їх у напрямку до узголів'я ліжка.

При просуванні така людина повинна стежити за рівновагою тіла та просуватися дрібними кроками, кілька разів проробляючи вправу (див. рис. 2.3.7):

Рис. 2.3.7 Переміщення нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку до узголів'я ліжка

Щоб укласти людину на бік

1. Спочатку:

– підведіть свої долоні під потилицю людині так, щоб великі пальці ваших рук залишилися у нього на вухах;

– акуратно підніміть її голову вперед;

– поверніть голову в ту сторону, куди збираєтеся її повернути;

– приберіть свої руки, максимально втискуючи їх у подушку настільки акуратно, щоб вуха людини не загорталися.

2. Покладіть руки (руки беруть за два суглоба – лікоть та зап'ястя):

– відведіть в сторону ту руку людини, на плече якої будете її повертати;

– покладіть другу руку людині на його корпус.

3. Покладіть ноги (ноги потрібно тримати за два суглоби – в області п'яти та під коліном):

– візьміть ту ногу, яка повинна бути зверху, покладіть її на ту ногу, на якій вона буде лежати. Схематично це подано на рис. 2.3.8

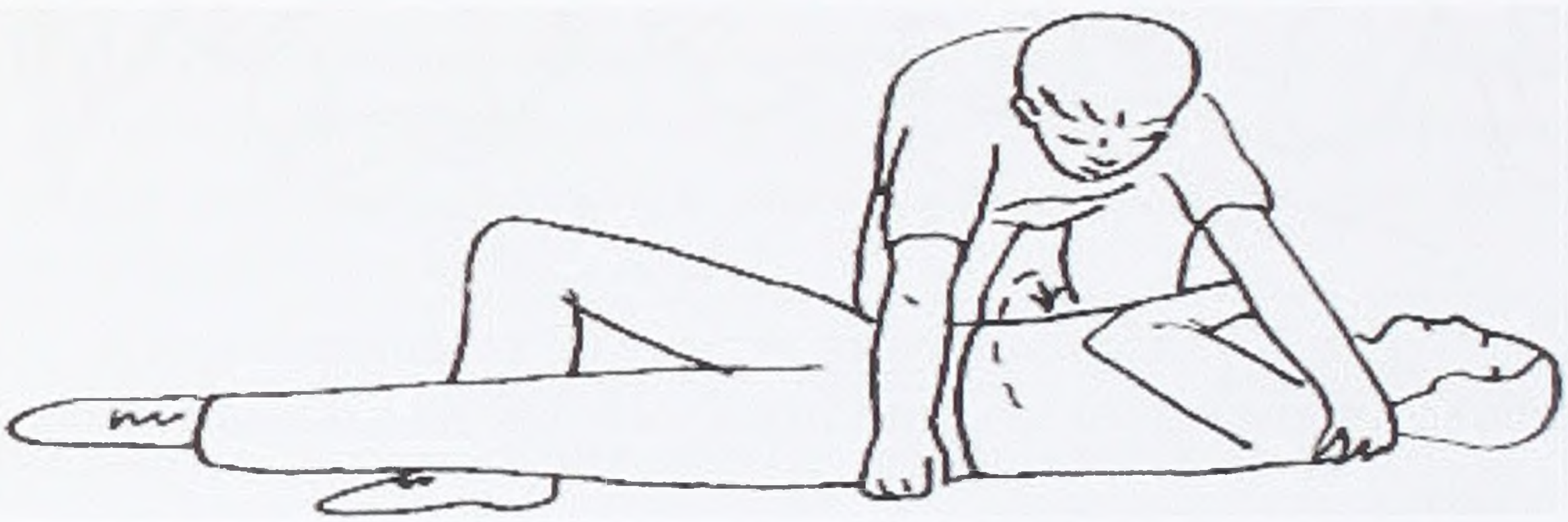


Рис. 2.3.8 Перевертання нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку на бік

Поворот на бік до себе:

1. повертаючи людини на бік до себе, покладіть її праву руку на груди, а праву ногу на ліву;

2. підведіть свої долоні під потилицю людині так, щоб великі пальці ваших рук залишилися у неї на вухах;

3. акуратно підніміть голову лежачої людини вперед;

4. поверніть голову в ту сторону, куди збираєтеся її повернути;

5. приберіть свої руки, максимально втискуючи їх в подушку настільки акуратно, щоб вуха не загорталися;

6. візьміть таку людину за стегно (ближче до коліна) та за плече;

7. впевненим рухом поверніть її набік – на себе.

Схематично це подано на рис. 2.3.9.

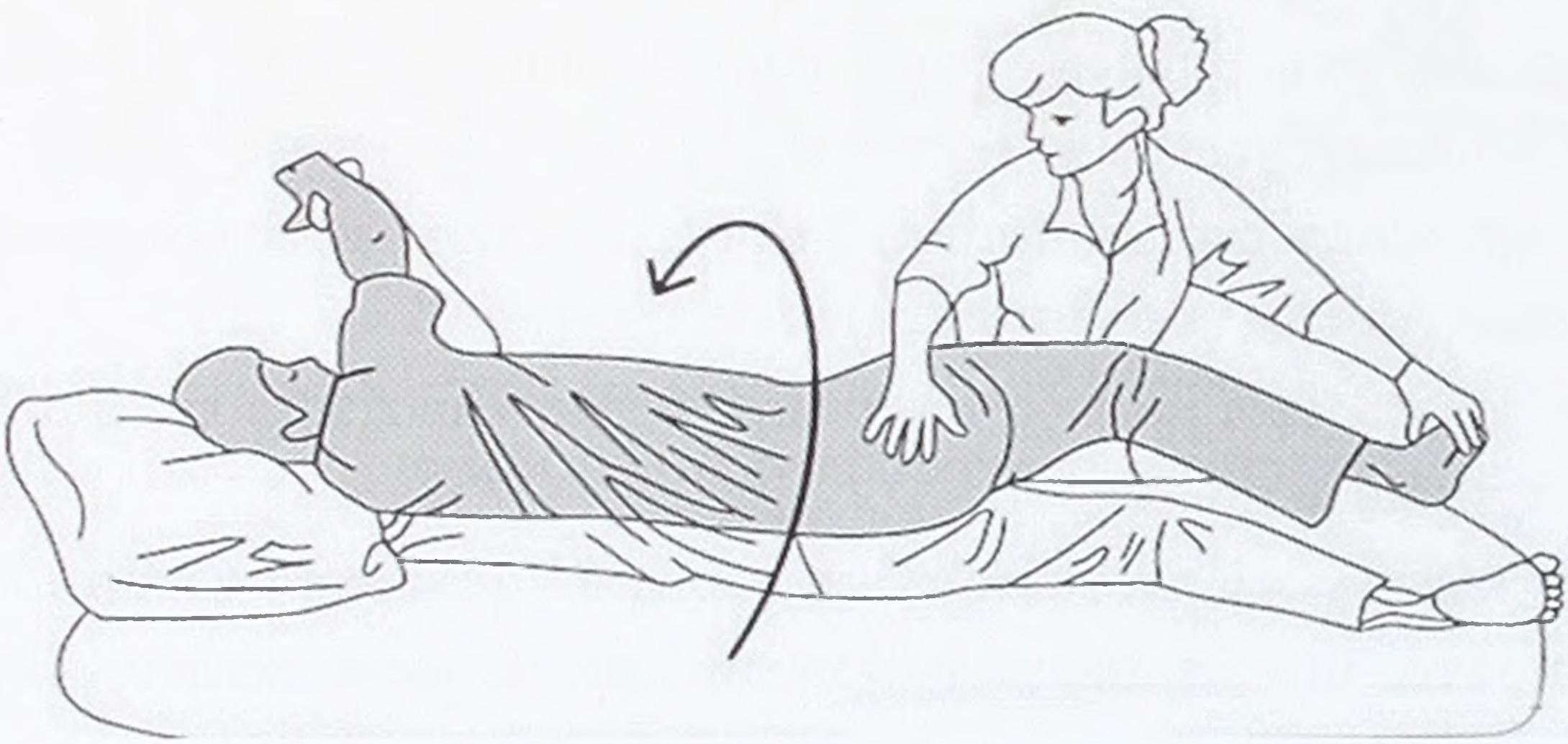


Рис.2.3.9 Поворот на бік до себе нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку

Переміщення з ліжка на стілець, крісло-каталку або крісло-туалет:

1. поясніть людині ваш план переміщення та заохочуйте її до посильної допомоги;

2. приготуйте халат, тапочки, стілець або крісло-каталку;

3. посадіть таку людину в ліжку так, щоб її ноги торкалися підлоги;

4. поставте стілець або крісло-каталку щільно до ліжка з тієї сторони, яка у неї фізично слабша;

5. ліжко поставте на гальма. Якщо ви переміщаєте людину на крісло-каталку, приберіть підлокітник, підставку для ніг та зафіксуйте гальма;

6. попросіть, щоб вона обійняла вас за плечі (але не за шию), щоб вона поклала своє підборіддя вам на плече з протилежного боку, куди ви будете її пересаджувати, обійміть її, нахиляючись вперед. Ваші коліна повинні бути зігнуті, спина випрямлена;

7. затисніть своїми ногами її ногу, яка знаходиться ближче до крісла;

8. зігніть свої коліна, напружте м'язи живота та сідниць, спину тримайте прямо;

9. встаньте якомога ближче до лежачої людини. Попередьте, що на рахунок «3» ви допоможете встати. На кожен рахунок злегка покачайтеся вперед і назад для створення інерції. На рахунок «3», притискаючи її до себе та, тримаючи спину прямо, піднімайте, використовуючи своє тіло як важіль;

10. повертайтеся самі одночасно з обертанням тіла людини до тих пір, поки вона не займе положення прямо перед кріслом-каталкою. Попросіть попередити вас, коли вона відчує край крісла задньою поверхнею стегон;

11. обережно опустіть людину у крісло. Для цього вам потрібно зігнути коліна та тримати спину прямо. Сідаючи у крісло, людина похилого віку може допомогти вам, якщо покладе руки на підлокітник крісла.

Даний алгоритм подано схематично на рис. 2.3.10

Рис. 2.3.10 Переміщення нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку з ліжка на стілець, крісло-каталку або крісло-туалет

Як підняти нерухому та малорухому у фізіологічному стані людину похилого віку з підлоги ззаду та посадити її:

1. підійдіть до такої людину ззаду та присядьте;
2. двома руками підтримуйте її голову, потилицю та плечі;
3. одним легким рухом підніміть її у сидяче положення;

4. спину підтримуйте колінами, щоб запобігти повторного падіння;

5. зігніть одну руку людини похилого віку у лікті;

6. просуньте свої руки ззаду людини через пахви;

7. візьміть однією рукою кистьовий суглоб її зігнутою руки, а другою рукою – передпліччя цієї ж руки;

8. випрямляючи, піднімайте його разом з собою, продовжуючи підтримувати її своїми стегнами;

9. коли ви повністю випростались, можете перемістити людину назад, посадити на стілець або край ліжка (див. рис. 2.3.11):

Рис. 2.3.11 Піднятгія нерухомої та малорухомої у фізіологічному стані людини похилого віку з підлоги на стілець, крісло-каталку

Доглядати за нерухомими та малорухомими у фізіологічному стані людьми похилого віку дуже важка праця, оскільки вона вимагає значних затрат фізичних та психологічних сил. Важливо, аби у такі моменти мала місце підтримка з боку родини або інших оточуючих їх людей.

Контрольні запитання для самоперевірки

1. Назвати проблеми з якими стикаються люди похилого віку, які через хворобу опиняються в нерухомому або малорухомому фізичному стані.

2. Як правильно організувати догляд за такими людьми з боку доглядальника?

3. Що означає загальний та спеціальний догляд за нерухомими та малорухомими людьми похилого віку?

4. Як створити позитивну атмосферу у процесі надання послуги догляду за людьми похилого віку, які перебувають в нерухомому та малорухомому фізіологічному стані?

5. Дати визначення поняття «спеціальний догляд».

6. Пояснити, за яких умов виникають пролежні та описати їх ступені.

7. Як здійснюється профілактика пролежнів?

8. Описати основний етап виконання маніпуляції із хворим у ліжку якщо він нерухомий або малорухомий.

9. Вказати прийоми при переміщенні у ліжку нерухомого або малорухомого хворого.

10. Як правильно покласти хворого на бік, якщо він нерухомий?

11. Як правильно перемістити малорухому людину із ліжка на стілець, крісло-каталку або крісло-туалет?

12. Як підняти нерухому людину з підлоги ззаду та посадити її?

Завдання для самостійної роботи

1) Скласти індивідуальний план догляду за хворим на деменцію, який перебуває в малорухомому стані та проживає в домашніх умовах.

2) Розробити інструкцію для членів родини хворого на деменцію, який перебуває в нерухомому стані у лікарні.

3) Підготувати основні теми, які необхідно обговорити з соціальним робітником, який надає послугу догляду хворому на деменцію після інсульту.

Список використаних джерел

1. Волковская А. Г. Сестринский уход за больными : метод. указания к курсу лекций / А. Г. Волковская, Л. В. Кузьмина. – 2–е изд., испр. и доп. – Новосибирск : Православная Гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2015. – 144 с.

2. Зайченкова Е. Особенности ухода за лежачими больными пожилого возраста [Електронний ресурс] / Елена Зайченкова. – Режим доступу: https://myfamilydoctor.ru/osobennosti-uxoda-za-lezhachimi-b.olnymi-pozhilogo-vozrasta.

3. Методические рекомендации по уходу за лежачими и малоподвижными людьми: в помощь социальным работникам / сост.: Е. К. Горбунов, Н. Е. Тимошенко ; под ред. Н. Е. Тимошенко. – Киев : Изд-во 51 Паралель, 2019. – 28 с.

4. Различные положения пациента в постели [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://studfiles.net.

5. Различные положения больного в постели [Электронний ресурс]. – Режим доступу: https://studopedia.su/razlichnie-polozheniya-bolnogo-v-posteli.html.

6. Уход за лежачими больными: условия, средства, правила и особенности [Электронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.aif.ru/boostbook/ukhod-za-lezhachimi-bol-nymi.html.

7. Уход за пожилыми и старыми людьми : метод. пособ. : в 2–х ч. / под ред. В. Ю. Приходько. – К. : [б. и.], 2008. – Ч. 1. Физиологические изменения стареющего организма. Особенности ухода за пожилыми людьми. – 96 с.

8. Уход за пожилыми и старыми людьми : метод. пособ. : в 2–х ч. / под ред. В. Ю. Приходько. – К. : [б. и.], 2008. – Ч. 2. Реабилитация людей с различными хроническими заболеваниями. – 96 с.

2.4. Особливості догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією у домашніх умовах

Перше, з чим стикаються родичі, коли дізнаються про діагноз своїх рідних, який пов'язаний з деменцією – це повна розгубленість, страх та відчай. У більшості випадків, вони не

можуть зрозуміти, як цілком успішні люди, які їх виростили і виховали, поступово втрачають здатність орієнтуватися в часі й просторі, починають говорити речі, які не відповідають реальності та випадають із соціальних стосунків з іншими людьми. З часом деменція прогресує, тому все частіше хворі на деменцію починають жити у спогадах, а не в ситуації «тут та тепер». Вони можуть втратити комунікативні, побутові навички, стати агресивними тощо. Близьке оточення приходить у відчай, у них спочатку наростає протест, а потім настає стадія неприйняття змін, яка супроводжується взаємними численними конфліктами та непорозуміннями.

Тому найголовніше для члена родини, який здійснює догляд за людиною похилого віку, яка живе з деменцією наступне:

– навчитися приймати зміни, які з ними вже відбуваються або ще будуть відбуватися; знайти індивідуальний підхід;

– встановити дружні/довірливі стосунки;

– отримати інформаційно-методичний супровід з боку відповідних організацій чи соціальних закладів та медичну консультацію.

Це допоможе навчитися жити з новою реальністю та адаптуватися до нового статусу їх рідних, який вже змінити не можна, але можливо забезпечити гідну якість життя. Зміни, як правило, відбуваються поступово і можуть бути вкрай незначні та, відповідно, непомітні для сторонніх. Однак при частому

спілкуванні родичі або знайомі можуть помітити як погіршення, так й поліпшення певних функцій їх стану.

Примітка!

З метою підготовки родичів до спостереження за змінами стану когнітивних функцій особи похилого віку, яка живе з деменцією застосовують стандартну анкету:

Анкета стану когнітивних функцій людини похилого віку (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) (IQCODE) (Jorm A., 2004)

1. *Одразу впізнає обличчя близьких та знайомих*
2. *Швидко згадує імена близьких та друзів*
3. *Добре пам'ятає події, які нещодавно трапились*
4. *Може згадати розмову, що був декілька днів тому*
5. *Забуває, що хотів сказати під час розмови*
6. *Часто згадує свою адресу та номер телефону*
7. *Пам'ятає який сьогодні місяць та число*
8. *Пам'ятає, де зазвичай тримає речі*
9. *Може згадати, куди поклав речі*
10. *Пристосовується до змін у побуті*
11. *Знає як користуватися побутовими приладами*
12. *Може зрозуміти та запам'ятати нові факти*
13. *Пам'ятає події, які сталися у молодості*
14. *Пам'ятає , що вчив 30-40 років тому*
15. *Може зрозуміти значення незнайомих слів*
16. *Розуміє статті в газетах та журналах*
17. *Може відстежити хід подій кіно, оцінити сюжет книги*
18. *Може написати дружній або діловий лист*
19. *Пам'ятає найважливіші історичні події*

20. Може самостійно приймати рішення у повсякденних питаннях

21. Раціонально використовує гроші для покупок

22. У змозі вирішувати фінансові питання (наприклад, розрахувати решту у магазині, отримати пенсію)

23. Може розрахувати повсякденні витрати: скільки продуктів купити, коли останній раз приходили знайомі.

24. Розуміє, що коється і може адекватно оцінити обстановку

На кожен з вище перелічених питань оберіть одну з відповідей:

Значно краще 1 бал	*Незначно краще 2 бали*	*Так, як завжди 3 бали*	*Незначно гірше 4 бали*	*Значно гірше 5 балів*

Кожне питання родича оцінюється в балах від 1 до 5, тому загальна кількість балів може варіювати від 26 до 130. Результати анкети оцінюються наступним чином:78 балів і менш – це відсутність когнітивних порушень, від 79 до 103 балів - помірні когнітивні порушення, 104 бали і більше – когнітивні порушення, які досягають рівня деменції.

<u>Вимоги до особи, яка буде працювати з анкетою</u>:

- знати хворого більш ніж 10 років, при цьому,

- спілкування з ним має відбуватися не рідше одного разу на тиждень.

Якщо в особи похилого віку виявлено першу або другу стадію деменції, то ще є шанси якщо не повернути, то зберегти і зміцнити обсяг пам'яті, підвищити концентрацію уваги, стимулювати спогади та не дати їй втрачати фізичну активність. При наданні послуги догляду одне із завдань доглядальників/фахівців – створення комфортного та

безпечного середовища для особи, яка живе з деменцією. Квартира, в якій вона проживає, необхідно очистити від непотрібних речей та залишити тільки їхню мінімальну кількість для зручності пересування. Прибрати все, що може викликати негативну реакцію, наприклад, дзеркало. Це відноситься і до предметів, які можуть поранити як фізично, так й морально.

Примітка!

Наразі проведено досить багато досліджень на предмет впливу кольору і світла на психіку людини, що часто суперечать один одному. Однак фахівці сформулювали деякі загальні правила щодо використання колірної гами в просторі, де мешкає хворий з деменцією. Найбільш бажані кольори для його сприйняття – червоний, зелений і блакитний.

Так, блакитний і зелений вважаються кольорами, які надають заспокійливий ефект на людину, особливо зелений. Крім того, обидва кольори візуально збільшують розмір приміщення. Також блакитний колір знижує артеріальний тиск, а зелений уповільнює активність центральної нервової системи, надаючи седативний ефект на хвору людину. Крім цього, червоний колір активізує хвилі, що випромінюються головним мозком, і суб'єктивно підвищує температуру приміщення. Рожевий колір суттєво знижує рівень агресивності, до чого досить часто схильна особа з деменцією внаслідок порушення функціонування певних ділянок мозку.

Забезпечення безпеки людини похилого віку, яка живе з деменцію при пересуванні у своїй квартирі/ будинку

Що стосується забезпечення безпеки такої особи при пересуванні у стінах своєї квартири, то експертами вважається вкрай важливо виділити контрастним кольором краї та кути меблів, а також поріжки між кімнатами та інші перешкоди, об які можна легко спіткнутися, маючи невпевнену ходу. Саме контрастний колір стане сигналом тривоги для людини. Крім того, рекомендується виділити кольором вимикачі, розетки, поручні, прикріплені як допоміжні засоби для пересування по квартирі. Особливо важливо аби у приміщенні були виділені двері ванної кімнати й туалету, а також сидіння унітазу, оскільки білий колір, як правило, не контрастує зі стінами та іншими пристосуваннями та супроводжувати туди особу з деменцією аж поки вони не почне це робити автоматично. Важливо, аби доглядальник, супроводжуючи його в ці місця, вибирав однаковий шлях.

Забезпечення безпеки людини похилого віку, яка живе з деменцію на прогулянках

Під час спільної прогулянки на вулиці доглядальник має постійно вказувати даній особі орієнтири їхнього повсякденного шляху (наприклад, особливо велике дерево, лава, знайомий магазин тощо). Залучення уваги до цих елементів, і навіть запис їх в блокнот, зможуть допомогти хворій людині, коли вона самостійно піде в лікарню, магазин тощо. Членам сім'ї хворого важливо знати ці постійні шляхи. На більш пізніх етапах хвороби ця інформація може допомогти знайти людину, яка вийшла з дому, навіть якщо

вона вийшла без певної мети (зазвичай, люди обирають постійні шляхи).

Спілкування та вибір діяльності для збереження практичних навичок. При спілкуванні з людьми похилого віку, які живуть з деменцією, необхідно використовувати одне просте правило: постійно намагатися залучити її до того, що може викликати інтерес чи цікавість. Це довгий шлях, адже необхідно шукати спільно те, що подобається, що надає їхньому життю мету або має значення, постійно намагатися зацікавлювати уваги людини. Важливо аби завдання, які їм надаються, були простими, оскільки складні можуть викликати погіршення їх стану.

При виборі видів діяльності важливо розуміти, що розвиток хвороби впливає на якість комунікаційних каналів: сенс словесної інформації втрачається через кілька хвилин після того, як вона була виголошена, в той же час, інформація, яка надходить до хворого за допомогою органів почуттів (нюх, смак, слух, зір й дотик) може зберігатися трохи довше. В цьому випадку експерти радять використовувати прості когнітивні можливості, які ще збереглися, (наприклад, сортування і підбір пари взуття) та тренувати їх протягом дня способом, який найбільш прийнятний для хворого. Можна зберегти практичні навички, які важливі для людини похилого віку, яка живе з деменцію, за допомогою рутинної діяльності, що проводиться вдома, при супроводі члена сім'ї або доглядальника, але слід подбати про дотримання необхідних правил безпеки.

Харчування

Досить часто родичі, які доглядають за людиною похилого віку, яка живе з деменцію, нарікають на відсутність у них апетиту або небажання вживати їжу. Причина такої поведінки пов'язана із характером захворювання. Однак, існують деякі прийоми, що допомагають успішно нагодувати хвору людину. Для початку слід пам'ятати, що причина поганого апетиту може відбуватися внаслідок порушень в головному мозку, які понижують здатність відчувати запахи та реагувати на смакові подразники. Тому, один із поширених способів вирішення цієї проблеми – присутність хворого на деменцію на кухні під час приготуванні їжі. Адже запахи під час готування більш насичені, ніж їжі на тарілці, що цілком може стати переконливим мотивом поїсти чогось, навіть зовсім небагато. Якщо така особа погодилася поїсти, то краще пропонувати їжу маленькими порціями, оскільки великі порції можуть викликати страх та відторгнення. До вибору асортименту їжі також потрібно підходити з обережністю. Як правило, найкраще якщо це буде меню із улюблених страв або ж подібні за смаком й запахом. Проста їжа, без вишуканості й надмірності, а також та, яку їдять руками, також може стати хорошим рішенням.

Щодо людини похилого віку, яка живе з деменцію на останній стадії, то рекомендації будуть дещо відрізнятися, оскільки на цьому періоді виникають труднощі з ковтанням. Тому, їжа повинна бути перетертою або ж желеподібною.

Базові рекомендації щодо організації прийому їжі для людини похилого віку, яка живе з деменцію:

– нарізати їжу дрібними шматочками щоб не вдавитися;

– перевести на пюре й рідку/желеподібну їжу;

– постійно нагадувати, що треба їсти повільно;

– стежити за тим, щоб їжа не була дуже гарячою або дуже холодною (на пізніх стадіях людина не відчуває гаряче / холодне);

– дозволити їсти руками;

– залучати до приготування їжі, якщо ж немає такої можливості, то спільно обговорювати усі стадії приготування і сервіровки конкретного меню;

– при виборі посуду для годування краще обирати контрастні варіанти, наприклад, тарілки синього та червоного кольорів тощо.

Одяг

Одяг для кожної людини є одним із важливих способів самовираження. У процесі розвитку деменції відбувається розпад особистості, хворому все складніше займатися підбором одягу, а дещо пізніше – самостійно одягатися. Все частіше йому необхідна допомога, делікатна й відповідна до тих проблем, з якими вона зіткнулася. Наполегливе втручання в процес одягання з боку доглядальника може подавляти ініціативу хворого на деменцію та приводити до більш ранньої втрати самостійності. Тому, бажано, якомога довше дозволяти

їй брати участь у виборі одягу: при зборах на прогулянку, для відпочинку чи сну, а також під час придбання у магазині.

У міру розвитку захворювання основними критеріями у виборі одягу мають стати практичність і комфорт. Кращим вибором для гардеробу хворого на деменцію вважається практичний одяг з елементами, які полегшують одягання: комір на блискавці, пояс на гумці, застібка на «липучці» або кнопці. Це, у повній мірі, відноситься й до взуття: уникати черевиків зі шнурками, замінивши їх, наприклад, на туфлі, які утримуються гумкою чи липучками. При купівлі нижньої білизни краще вибирати бюстгальтер, який застібається спереду. Чоловікам краще купувати вільні труси.

Як допомогти хворому одягнутися?

Надаючи допомогу в одяганні слід залишити для хворого право вибору та поцікавитися, що йому більше до вподоби й спонукати до прийняття власного рішення. Звичайно, робити це слід без завзятості чи певного «фанатизму». Не варто пропонувати надто багато варіантів, оскільки це може викликати різні утруднення. Слід подбати аби обрані варіанти були зручними й відповідали сезону (не були надто холодними або теплими). При серйозних когнітивних розладах хворий втрачає здатність до нормальної комунікації і не може сказати про дискомфорт, який викликаний незручним або занадто теплим одягом.

Якщо одяг, яку вибрав хворий, не представляє небезпеки для здоров'я, навряд чи варто заперечувати його вибір, навіть

якщо наряд виглядає не кращим чином. Звичайно, важко змиритися з тим, що людина лягає спати в шапці або носить пуховик влітку. Але такі «дивацтва» не мають стати причиною конфліктів чи напружених стосунків між доглядальником та хворим на деменцію.

Створення дружнього середовища та комфортної обстановки

Таке завдання для доглядальника є дуже важливим, оскільки, досягаючи позитивного ставлення хворого на деменцію до різних дій в домашніх умовах, формуються елементи співробітництва. Підтримуючи його вибір, можна завоювати довіру. Дуже важливо у таких випадках говорити компліменти хворому з приводу зовнішності, дати можливість пишатися своїм одягом. З огляду на його стан, приступати до одягання слід завчасно щоб уникнути поспіху та, пов'язаної з цим, нервозності. Чим спокійніше і комфортніше ситуація, тим простіше йому відчувати впевненість в своїх силах і справлятися з різними викликами. У деяких випадках, якщо хворий не проявляє бажання виконувати очікувані від нього дії, простіше не наполягати на їх виконанні, а дочекатися більш сприятливого моменту.

Для створення комфортної обстановки слід звертати увагу на наступні речі:

– у приміщенні, де одягається людина похилого віку, яка живе з деменцією, повинна бути комфортна ДЛЯ НЬОГО температура (багато людей похилого віку не сприйнятливі до

холоду і мерзнуть там, де їх близькі відчувають себе цілком комфортно);

– перед одяганням слід запитати таку особу, чи не хоче він спочатку сходити в туалет;

– якщо у людини похилого віку, яка живе з деменцію склався певний порядок у процедурі одягання, краще від цього не відхилятися. Як варіант, одяг слід складати в тому порядку, в якому особа повинен її одягати. Якщо виникнуть труднощі, можна дати підказку або просто протягувати йому одяг в тому порядку, в якому він буде її одягати. У деяких випадках (в залежності від стану) хворому потрібні більш детальні покрокові інструкції;

– тактично виправляти безглузді помилки (іноді можна разом посміятися, але не над хворим, а над дією або результатом);

– забезпечити ящики для одягу спеціальними табличками або паперовими картками, що вказують вид одягу, який в них зберігається;

– зберігати одяг комплектами;

– часто хворий на деменцією не бажає роздягатися, навіть коли лягає спати, або відмовляється міняти одяг; тому оточуючим слід контролювати те, наскільки часто хворий змінює одяг і домагатися регулярності, не травмуючи його;

– для зміни одягу можна користуватися різними ситуаціями, наприклад, коли хворий роздягається або перебуває у ванній кімнаті;

– іноді переконливим аргументом може бути посилання на те, що до нього навідаються гості, тому потрібно добре виглядати;

– можна сказати хворому, що цікаво подивитися, як на ньому сидить новий одяг;

– нерідко, більш практичним виявляється одягання кілька тонких предметів одягу, а не один товстий (знімаючи одну або дві речі, можна створювати комфортну для хворого температуру);

– кольори одягу в гардеробі хворого з деменцією теж бажано підбирати не навмання (це повинна бути кольорова гама, яка є для нього найбільш звичною).

Якщо людина похилого віку, яка живе з деменцією мобільна і може контролювати свої фізіологічні процеси, то слід заохочувати її самостійність, але при цьому: бажано нагадувати про необхідність туалету; позначити двері туалету або тримати їх відчиненими.

Примітка!

Найбільш поширені проблеми людини похилого віку, яка живе з деменцією та шляхи їх подолання:

Особиста гігієна

– *дотримуватися звичок хворого на деменцію;*

– спростити процес купання (душ у цьому випадку буде кращим рішенням);

– не забувати про безпеку та створення комфортного середовища.

Порушення сну

– бажано займати такі особу вдень щоб спав вночі;

– прогулянки вдень на вулиці (по можливості!);

– фізичні вправи;

Втрата речей і звинувачення в крадіжці

Людина похилого віку, яка живе з деменцією може забути, куди поклала той чи інший предмет. У деяких випадках вона може звинуватити когось в крадіжці. Тому доглядальнику слід:

– поспостерігати чи немає у нього улюбленого місця, куди він ховає речі;

– регулярно перевіряти сміттєві корзини;

– на звинувачення відповідати м'яко, не дратуючись;

– погодитися, що предмет втрачений і допомогти його знайти.

Марення і галюцинації

– не сперечатися про реальність побаченого чи почутого;

– якщо він переляканий, то його слід заспокоїти (взяти його руки у свої, розмовляти спокійним тоном тощо);

– відволікати увагу.

Недоречна сексуальна поведінка

Людина похилого віку, яка живе з деменцією може роздягнутися при сторонніх людях, гладити свої статеві органи або торкатися до них. У такій ситуації слід:

– надмірно різко реагувати, а пам'ятати, що така поведінка результат хвороби;

– постаратися перемкнути увагу на інше заняття.

Бродяжництво

Людина похилого віку, яка живе з деменцією схильна бродити по будинку або покинути його і ходити по вулицях. При цьому вона може заблукати. Для уникнення проблем слід переконатися в тому, що така особа має при собі документи, або можна розкласти по кишенях записки із зазначенням контактів, адреси чи телефону близьких. Також необхідно перевірити, як закриваються замки у будинку чи у квартирі, щоб вона могла самостійно їх закривати або близькі чи інші особи, які нею опікуються. Необхідно вміти стримувати свої емоції аби не підвищувати голос на осіб з деменцією та навчитися говорити спокійно й розважливо

Основні поради для соціальних робітників, які здійснюють догляд за людиною похилого віку, яка живе з деменцією

1. Давати точні вказівки простими, короткими фразами.
2. Необхідно прагнути до дбайливого, але в той же час впевненого й чіткого тону в поводженні з такою особою.
3. При необхідності повторювати важливу інформацію, в крайніх випадках багато разів.
4. Конкретні дані, що стосуються час, дати, місця і імен, необхідно допомогти згадати.
5. Бути терплячим та дати час (хвилини, а не секунди) для реакції або відповіді.
6. Бути терплячим та розуміючим, навіть якщо іноді це буває важко реалізувати через складність ситуації або взаємне непорозуміння.

7. Необхідно уникати безглуздих дискусій (замість того, щоб наполягати на своїй думці, потрібно відвернути від даного питання або самому піти на поступки).

8. Краще не реагувати на закиди і докори.

9. Дбати про незмінність розпорядку дня.

Прості правила і тверді звички дуже допомагають людині похилого віку, яка живе з деменцією. Для того аби забезпечити якісне надання послуги догляду, слід навчати за даними рекомендаціями не тільки доглядальників з числа членів їх родин, але й соціальних робітників чи інших фахівців, які можуть долучатися до даного процесу.

Контрольні запитання для самоперевірки

1. Означте основні проблеми, до яких слід готувати членів/члена родини, які/який здійснює догляд за особою похилого віку, яка живе з деменцією.

2. З якою метою проводять спостереження за людьми похилого віку, які живуть з деменцією і як називається цей опитувальник?

3. Чим відрізняється надання послуги догляду для таких осіб на різних стадіях розвитку деменції?

4. Яким чином можна забезпечити безпеку людині похилого віку, яка живе з деменцією при пересуванні у своїй квартирі/будинку?

5. Як забезпечити безпеку людині похилого віку, яка живе з деменцією на прогулянках?

6. Яким чином можна забезпечити збереження практичних навичок людині похилого віку, яка живе з деменцією?

7. Як правильно слід вирішувати проблему одягання та вибору одягу для даної категорії?

8. Чому створення комфортної обстановки є важливими для збереження якості життя людини похилого віку, яка живе з деменцією?

9. Вказати найбільш поширені проблеми таких осіб та шляхи їх подолання.

10. Яким чином слід готувати соціальних робітників до надання послуги догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією?

Завдання для самостійної роботи

1) Скласти поради для доглядальника з числа родини, яка доглядає за людьми похилого віку, які живуть з деменцією на першій чи другій стадії розвитку.

2) Сформувати базовий пакет дій доглядальника під час прогулянки за людиною похилого віку, яка живе з деменцією.

3) Підготувати основні рекомендації для соціального робітника, який тільки розпочав свою роботу із надання послуги догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією в умовах квартири/власного будинку.

Список використаних джерел

1. Деменция / Н. Н. Яхно, В В. Захаров, А. Б. Локшина и др. – М.: Медпресс-информ, 2010. - 272 с. Режим доступу: http://wwwISBN598322649.

2. Деменція: як вона проявляється, чому розвивається і чи можна її зупинити. Кудренко Я.В., завідувач відділенням № 14 ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка, 15.06.2018 р. джерело: https://vopnl.vn.ua/one?st=245

3. Изменения в поведении при деменции [Електронний ресурс]. – Режим доступу https://memini.ru/glossary/156

4. Матеріали міжнародної практичної конференції «Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід». – 19-20 квітня 2018 року. – Київ, Україна.

5. Одиночество и болезнь Альцгеймера: что первично? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://memini.ru.

6. Сайт з проблем деменції. – 2017.: Електронний ресурс. Режим доступу: https://memini.ru/glossary92.

7. Хаустова Е. А. Терапія деменції: від ефективності до підвищення якості життя пацієнта / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, Е. І. Клебан // Ліки України. - 2011. - № 9. - С. 64-71.

2.5. Професійне вигорання фахівців, які працюють у сфері догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією

Надання послуги догляду людям похилого віку, які живуть з деменцією, потребує багато ресурсів, часу та саморегуляції з боку фахівців, які працюють у цій сфері. З часом у них спостерігається професійне вигорання, особливо, якщо вони занадто вимогливі до себе. Як правило, професійним вигоранням у цій ситуації називають емоційне виснаження, зменшення ентузіазму чи мотивації у роботі, фізичне відсторонення чи уникання контакту; негативне сприйняття хворого на деменцію, невдоволення від результатів своєї праці тощо.

Факторами стресу можуть стати: перевантаження, велика кількість вимог до процесу надання послуги догляду з боку хворого на деменцію чи членів його родини, незадовільні умови праці, стрес у стосунках, невідповідна\несправедлива винагорода, графік роботи тощо.

З метою відновлення потенціалу фахівців пропонується проведення навчання за програмою інформаційно-просвітницького тренінгу «Профілактика професійного вигорання фахівців, які працюють у сфері догляду за людьми похилого віку, які живуть з деменцією».

Основні завдання навчання: профілактичні та корекційні заходи щодо попередження емоційного та професійного

вигорання за допомогою роботи з індивідуальними якостями учасників та зняття внутрішньої напруги.

Очікувані результати:

– визначити причини вигорання, зняття симптомів та запобігання емоційної напруги

– підвищити рівень інформованості учасників про способи запобігання або зняття негативних індивідуально-психологічних станів

– сформувати в учасників основи свідомої установки на створення позитивного відношення щодо різних непередбачуваних ситуацій.

Мета: формування позитивного ставлення до професійної діяльності, відновлення емоційного балансу у результаті професійного вигорання через оволодіння техніками самоконтролю та самоорганізації.

Завдання програми:

– сприяти освоєнню фахівцями способів запобігання або зняття напруженості, оптимізації індивідуально-психологічного стану;

– оволодіння учасниками певними знаннями щодо даної теми;

– корекція та профілактика професійної деформації особистості учасника, якостей формування активної соціальної позиції та розвиток здатності до самоконтролю.

Особливості проведення: вибір конкретних процедур та вправ, послідовність їх застосування залежать від: ведучого; його професійного та практичного досвіду; цілей учасників групи, їх настрою; конкретних ситуацій, можливо, навіть і проблемних, що виникають у ході роботи щодо запропонованої програми.

Структура програми навчання

Час	*Зміст діяльності*
	І Сесія. Структурні вправи
2год.00хв	Заповнення вхідної анкети. Відкриття тренінгу.
	Вправа на знайомство «Силует»
	Вправа «Правила роботи команди»
	Вправа на очікування «Зернята»
	Вправа «Колесо життя»
	Інформаційне повідомлення «Що таке емоції та емоційний стрес»
	ІІ Сесія. Профілактика емоційного вигорання та способи захисту
2 год 00 хв	Інформаційне повідомлення «Стресогени, які викликають внутрішнє роздратування і емоційну нестабільність»
	Вправа «Тест «Симптоми емоційного напруження»
	Індивідуальна робота. Тест «Стан Вашої нервової системи»
	Перегляд відео «Притча про позитивне мислення» та мультфільму «Про силу позитивного мислення»
	Індивідуальна робота. Тест «Дерево з чоловічками»

	Інформаційне повідомлення «Чому ми вигораємо та сім способів захисту від емоційного вигорання»
ІІІ Сесія. Профілактика професійного вигорання та способи захисту	
2 год 30 хв	Мозковий штурм «Асоціації до словосполучення «професійне вигорання»
	Інформаційне повідомлення «Синдром професійного вигорання, його стадії та симптоми»
	Перегляд відео та тестування «Синдром професійного вигорання»
	Індивідуальна робота. Опитувальник «Як відновити рівновагу»
	Практичні вправи «Техніки саморегуляції»
	Практичні вправи «Метод швидкого зняття емоційної та фізичної напруги»
	Підведення підсумків дня. Вправа «Оцінка зустрічі»

Сесія І. Структурні вправи

Відкриття тренінгу.

Мета: надати загальну інформацію про тренінг, організаторів, ведучих, акцентувати увагу на меті та завданнях тренінгу.

Час: 20 хв. *Ресурси*: презентація, програма тренінгу.

Хід проведення: привітання учасників; презентація ведучих тренерів; знайомство з метою та завданнями тренінгу; регламентом роботи; вирішення організаційних питань.

Вхідна анкета учасника тренінгу

1	Прізвище, ім'я, по-батькові	
2	Номер телефону	
3	e-mail:	
4	Повна назва організації, яку представляєте	
5	Посада, яку займаєте	
6	Який досвід діяльності	
7	Які очікування від тренінгу (отримання знань, нової інформації, набуття навичок, розвиток особистих якостей, інше)	
8	Які теми під час тренінгу були би найбільш актуальними?	
9	З якими проблемами зустрічаєтесь у своїй роботі?	
10	Яку базову освіту маєте?	

Вправа на знайомство «Силует»

Мета: формування позитивної налаштованості на заняття та взаємодію один з одним, сприяння усвідомленню учасниками унікальності кожної особистості, але разом з тим спектру можливостей для взаємодії; поглиблення знайомства учасників один з одним.

Час: 30 хв. *Ресурси*: кольорові аркуші паперу скотч, лист фліпчарту.

Хід вправи: кожен отримує аркуш паперу і завдання за допомогою лише рук "вирізати" з аркуша людину. Силует хлопчика чи дівчинки. Потім кожен учасник пише на силуеті своє ім'я; мрію (ідею, мету); улюблену справу; улюблену книгу; улюблене місце відпочинку; улюблену страву та по черзы презентувати себе. На завершальному етапі учасники кріплять свої силуети на великий аркуш паперу, утворюючи з них своєрідне коло друзів.

Запитання на обговорення:

1. З якою метою було запропоновано саме дану вправу?

2. Як ви вважаєте, які висновки ми можемо зробити? Що дало нам виконання цієї вправи?

Вправа «Правила роботи команди»

Мета: виробити учасниками правила роботи у групі для ефективної роботи на тренінгу.

Час: 10 хв. *Ресурси*: лист фліпчарту із написом «Правила роботи групи», маркери.

Хід проведення: мозковим штурмом учасники напрацьовують правила роботи у групі, які записуються на плакаті «Правила роботи групи».

«Правила роботи групи»

Вправа «Зернята»

Мета: визначення очікувань учасників тренінгу у відповідності з оголошеною темою та метою

Час: 20 хв. *Ресурси*: стікери, лист фліпчарту із малюнком.

Хід вправи: кожен учасник на розданій тренером зернинці (стікер) пишу свої очікування від участі у тренінгу. Потім учасники по черзі кріплять свої зернинки на заздалегідь заготований тренером плакат, на якому зображено поле – отже, учасники умовна "саджають" свої "зернята" у землю. Наприкінці тренінгу буде визначено чи проросла зернинка, якщо так – то наскільки справдились очікування.

Запитання на обговорення:

1. З якою метою проводилися очікування учасників?
2. Що дало виконання даною вправи?

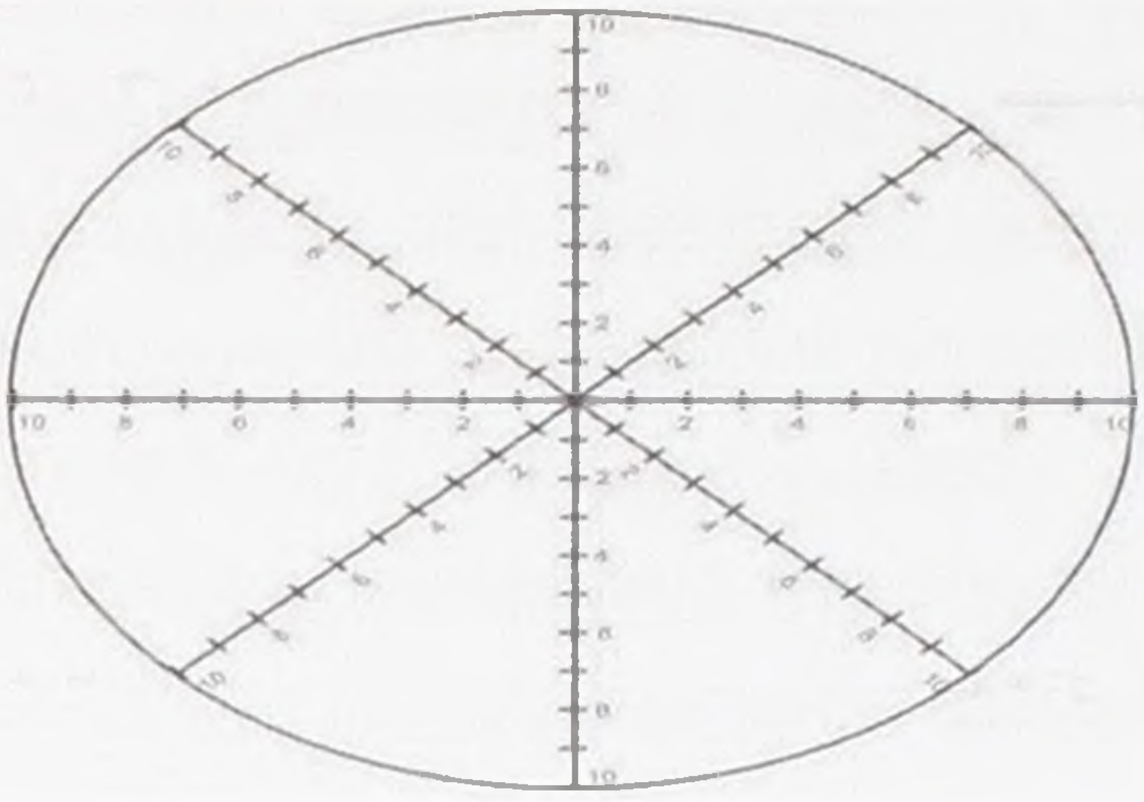
Вправа «Колесо життя»

Мета: ознайомити учасників із методикою, надати учасникам можливість проаналізувати свої шкали життя та оцінити індивідуально міру задоволеності кожною із сфер.

Час: 30 хв. *Ресурси*: роздатки методики «Колесо життя», лист фліпчарту із заданою методикою, маркери різного кольору.

Хід проведення: кожен учасник отримує роздаток «Колесо життя». Ведучий пропонує учасникам оцінити індивідуально міру задоволеності кожною із сфер власного життя, враховуючи запропоновані назви шкал. Це дає можливість учасникам оцінити та проаналізувати свої шкали життя і замислитися над тим, що потрібно переосмислити у своєму

житті і на що потрібно звернути увагу для їх поліпшення. По завершенню роботи учасникам пропонується презентувати за бажанням результати індивідуальної роботи.

Колесо життя	
	*Шкала 1* хобі *Шкала 2* гроші *Шкала 3* робота *Шкала 4* сім'я *Шкала 5* відпочинок *Шкала 6* друзі *Шкала 7* саморозвиток *Шкала 8* здоров'я

Запитання для обговорення:

1. Чому саме із цієї вправи розпочався тренінг?

2. Що дає учасникам виконання даної вправи?

Інформаційне повідомлення «Що таке емоції та емоційний стрес»

Мета: поінформувати учасників щодо емоцій та емоційного стресу.

Час: 10 хв. *Ресурси*: презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий запитує в учасників «Чому ми говоримо про емоційний стрес?» Тому, що людина постійно відчуває різні емоції, які пов'язані з інстинктами, потребами та мотивацією. Це проявляється у формах безпосередніх тимчасових переживань (задоволення, радість, страх і т. д.) різних явищ та ситуацій. Емоції впливають на стан людини по-різному. Кожна людина по-своєму переживає одну і ту ж саму

емоцію, реагує на різні ситуації. Виконуючи професійні або сімейні зобов'язання, перебуваючи у напрузі, ми не завжди маємо можливість і час усвідомити власний емоційний стан. Але, якою б не була наша зайнятість, завжди можна знайти час, щоб заспокоїти власні нерви, привести себе в порядок. Особливо це важливо для людей, діяльність яких пов'язана з постійним спілкуванням, що часто призводить до істотного підвищення нервово-психічної напруги. Далі надає інформацію учасникам щодо теми.

Сесія ІІ. Профілактика емоційного вигорання та способи захисту

Інформаційне повідомлення «Стресогени, які викликають внутрішнє роздратування і емоційну нестабільність»

Мета: надати інформацію щодо стресогенів, які викликають внутрішнє роздратування і емоційну нестабільність у особистості.

Час: 10 хв. *Ресурси*: презентація ведучого

Хід проведення: ведучий надає інформацію учасникам щодо трьох основних стресогенів, які викликають внутрішнє роздратування та емоційну нестабільність.

Основні стресогени

1. *необхідність багато та інтенсивно спілкуватися з різними людьми* (із знайомими та не знайомими людьми, кожен день доводиться стикатися з різними проблемами безлічі людей, а такий контакт із емоційної точки зору дуже важко підтримувати тривалий час. Якщо вам властиві скромність, сором'язливість,

замкнутість і концентрація на проблемах "трудових буднів", то Ви схильні накопичувати емоційний дискомфорт);

2. *регулярна робота в ситуаціях, що вимагають високої ефективності* (слід бути незмінно милою, привабливою, ввічливою, організованою, зібраною і так далі; така публічність і суворий зовнішній контроль з боку як керівника, так і колег, з часом можуть викликати внутрішнє роздратування і емоційну нестабільність);

3. *емоційно напружена атмосфера* (потік дзвінків, справи «на вечір», прийоми, візити, залежність від настрою керівника або клієнта, постійний контроль над правильністю своїх дій. В умовах, коли вимоги перевершують Ваші внутрішні і зовнішні ресурси, стрес виникає як закономірна реакція (тенденція до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень і успіхів, обмеження своїх можливостей, зобов'язань по відношенню до інших).

Вправа «Тест «Симптоми емоційного напруження»

Мета: проаналізувати та визначити учасниками наявність симптомів емоційного напруження.

Час: 10 хв. *Ресурси*: презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам пройти швидкий тест на «Симптоми емоційного напруження» протягом 5 хвилин та визначити:

1. *поганий сон*
2. *тривожність*
3. *слабкість*

4. знесилення

5. втрата інтересу

6. небажання спілкування

7. самобичування

Якщо, при аналізі, учасник виявляє у себе чотири та більше симптомів, то потрібно вже замислитися та щось вирішувати та замислитися у цьому напрямі.

Запитання для обговорення:

1. З якою метою виконувалася дана вправа?

2. Що дає учасникам виконання даної вправи та над чим потрібно замислитися?

Індивідуальна робота. Тест «Стан Вашої нервової системи»

Мета: аналіз учасниками стану власної нервової системи та акцент на деяких моментах для подальшої роботи над зменшенням чи усуненням симптому.

Час: 20 хв. *Ресурси*: роздатки тесту «Стан Вашої нервової системи»

Хід проведення: кожен учасник отримує анкету «Стан Вашої нервової системи», ведучий пропонує кожному самостійно прости тестування.

№	*Симптоми*	*Ні*	*Рідко*	*Так*	*Дуже часто*
1.	Чи часто Ви буваєте роздратовані, нервуєте, відчуваєте занепокоєння?	0	3	5	10
2.	Чи часто у Вас прискорений пульс та серцебиття?	0	2	3	6

3.	Чи часто Ви швидко стомлюєтеся?	0	2	4	8
4.	Чи страждаєте Ви підвищеною чутливістю до шуму, галасу чи світла?	0	2	4	8
5.	Чи бувають у Вас різкі зміни настрою, виникає почуття незадоволеності?	0	2	3	6
6.	Ви спите неспокійно, часто прокидаєтеся? Чи страждаєте безсонням?	0	2	4	8
7.	Чи страждаєте Ви мимовільним потовиділенням?	0	2	3	6
8.	Затікають у Вас м'язи? Чи відчуваєте Ви незвичне лоскотання, сіпання у суглобах?	0	2	4	8
9.	Чи страждаєте Ви забудькуватістю, погано концентруєте увагу?	0	2	4	8
10	Чи страждаєте Ви від сверблячки?	0	2	3	6
11	Чи необхідно Вам у професійній діяльності бути «на висоті»?	0	2	4	8
12	Чи часто Ви буваєте у поганому настрої, проявляєте агресивність? Чи швидко Ви втрачаєте самовладання?	0	2	4	8
13	Чи Збираєте Ви неприємності у собі?	0	2	4	8
14	Чи відчуваєте Ви незадоволення самим собою та навколишнім світом?	0	2	4	8
15	Ви палите?	0	2	5	10
16	Чи бувають у Вас неприємності, страхи?	0	2	4	8
17	Чи є у Вас можливості бувати на свіжому повітрі?	0	2	4	8
18	Чи є у Вас можливість розрядитися, знайти душевну рівновагу?	0	2	4	8

Інструкція. Обведіть кружечком одну з чотирьох цифр у графі справа навпроти опису кожного симптому в залежності від того, як часто Ви виявляєте цей симптом у себе.

Опрацювання результатів. Складіть обведені цифри.

0 - 25 – ця сума може Вас не турбувати. Однак все-таки зверніть увагу на сигнали Вашого організму, постарайтеся усунути слабкі місця.

26 - 45 – приводів для занепокоєння немає і в цій ситуації. Однак не ігноруйте попереджувальні сигнали. Подумайте, що Ви можете зробити для Вашого організму.

46 - 60 – Ваша нервова система ослаблена. Для здоров'я необхідна зміна способу життя. Проаналізуйте питання та відповіді на них. Так Ви знайдете напрямок необхідних змін.

60 та більше балів – Ваші нерви сильно виснажені. Необхідні термінові заходи. Обов'язково зверніться до лікаря.

Далі ведучий запитує, чи хоче хтось із учасників поділитися власними результатами. Відбувається зворотній зв'язок з усіма учасниками та ведучим.

Запитання для обговорення:

1. Що дало учасникам виконання даної вправи?
2. Які висновки можна винести із запропонованої вправи?

Вправа «Методика «Вісім кроків подолання негативних емоцій»

Мета: ознайомлення учасників із методикою щодо подолання негативних емоцій

Час: 20 хв. *Ресурси*: презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий надає інформаційне повідомлення та знайомить учасників із покроковою методикою подолання негативних емоцій:

1. *проговорювання* (осмислити ситуацію, розповісти до найдрібніших деталей);

2. *захист (інкапсуляція)* (не пропускати в серці біль; не переносити думки додому);

3. *викид негативу (чи викид емоцій)* (крикнути, стукнути, поплакати (пептиди);

4. *подолання помилок* (власна невдача – це не власна неспроможність! «Я розумна, талановита, успішна людина, просто сьогодні у мене не вийшло»);

5. життя сьогодні (жити тут і зараз, не думати про погане);

6. *відношення до себе* (навчися прокидатися; навчися розслаблятися; вміти відволікатися; частіше бувай серед веселих людей; якщо не можна змінити ситуацію – потрібно зміни відношення до неї; робити вправи для очей; вміти засипати);

7. *харчування* (хоча би 1раз у день гаряча їжа; ввести в раціон продукти, що покращують настрій: фрукти (банани), родзинки, коріандр, базилік, селеру, фундук, морська риба);

8. *само налаштування* (відігнати темні думки, згадати радісні моменти, колекціонувати удачу (хоча би 5 вдач на день), адже попереду чекає ще багато хорошого, говорити щодня три якості, за які Ви себе можете похвалити).

Перегляд відео «Притча про позитивне мисленння» та мультфільму «Про силу позитивного мисленння»

Мета: сформувати в учасників уявлення щодо позитивного мисленння.

Час: 10 хв. *Ресурси*: відео «Притча про позитивне мисленння» та мультфільм «Про силу позитивного мисленння»

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам до перегляду два відео: «Притча про позитивне мисленння» та мультфільму «Про силу позитивного мисленння». Після перегляду проходить обговорення.

Запитання для обговорення:

– На що були направлені відео?

– Яка головна мета запропонованих до перегляду відео?

– На чому потрібно акцентувати свою увагу?

– Які висновки можна винести із запропонованої вправи?

Індивідуальна робота. Тест «Дерево з чоловічками»

Мета: визначити на даний момент часу учасників сьогодення та бажаний емоційний стан та усвідомити своє становище в суспільстві.

Час: 10 хв. *Ресурси*: роздаток тест «Дерево з чоловічками» для всіх учасників.

Хід проведення: кожен учасник отримує роздаток тест «Дерево з чоловічками»: відомий тест на визначення емоційного стану.

Примітка!

Автор цього тесту – відомий британський психолог Піп Вілсон (Pip Wilson). Він був створений для школярів з метою перевірити, як вони освоїлися в школі за перші три роки. Однак, пізніше з'ясувалося, що він актуальний і для дорослих. Тест допомагає людині визначити її сьогодення і бажаний емоційний стан, а навіть в якійсь мірі усвідомити своє становище в суспільстві. У кожного з цих чоловічків на дереві різний настрій і вони займають різне місця.

Для початку ведучий пропонує визначити, який з них найбільше схожий на учасника. Після цього кожен учасник вибирає одного чоловічка, на якого б хотів бути схожий.

Розшифровка результатів тесту:

Якщо ви вибрали позицію номер *1, 3, 6 або 7,* то це характеризує вас як цілеспрямовану людину, яка не боїться ніяких перешкод.

Якщо ваш вибір припав на один з наступних номерів: *2, 11, 12, 18 або 19,* то ви товариська людина, котра завжди наддасть будь-яку підтримку друзям.

Вибір чоловічка під номером *4* визначає вас як людину зі стійкою життєвою позицією, яка бажає домогтися всіляких успіхів без подолання труднощів.

Номер *5* – ви часто буваєте стомлені, слабкі, у вас невеликий запас життєвих сил.

Вибір припав на чоловічка під номером 9 – ви весела людина, що любить розваги.

Номер *13 або 21* – ви замкнуті, часто схильні до внутрішньої тривоги та уникаєте частого спілкування з людьми.

Номер *8* – ви любите поринути в себе, міркувати про щось своє і занурюватися у власний світ.

Якщо ви вибрали номер *10 або 15* – у вас нормальна адаптація до життя, ви перебуваєте в комфортному стані.

Номер *14* – ви падаєте в емоційну прірву і швидше за все, схильні до внутрішньої кризи.

Позицію номер *20*,зазвичай, вибирають люди з завищеною самооцінкою. Ви природжений лідер і хочете, щоб люди прислухалися саме до вас і ні до кого іншого.

Вибір припав на чоловічка номер *16?* Ви відчуваєте себе втомленим від необхідності підтримувати когось, але, можливо, ви побачили на цій картинці, що номер *17* вас обіймає – в такому випадку ви схильні розцінювати себе як людину, оточену увагою.

Запитання для обговорення:

1. Що дало виконання даної вправи?

2. Які висновки можна винести із запропонованої вправи?

Інформаційне повідомлення «Чому ми вигораємо та сім способів захисту від емоційного вигорання»

Час: 40 хв. *Ресурси*: презентація ведучого, роздаток «7 способів захисту від емоційного вигорання».

Хід проведення: ведучий звертається до учасників із запитанням «Давайте з'ясуємо – чому ми вигораємо?» та разом із групою визначають фактори, які впливають на вигорання спеціалістів:

1. *Сидяча робота по 8 годин на день* – вимагають мінімум 1 години на день активності ногами, бажано з включеною парасимпатикою. Ноги є найслабшою частиною тіла. Мало рухаєтеся? Чекайте вигоряння, а потім і виснаження.

2. *Постійне перебування всередині закритих приміщень* сильно стомлює. Потрібно виходити на вулицю мінімум на 1-2 години / день – наситити тіло киснем і дати фізичне навантаження. Якщо Ви не буваєте на вулиці - подальші поради щодо усунення втоми будуть марні для вас.

3. *Сон, безсоння.* Денний стрес заводить так, що потім тіло і свідомість довго не можуть заспокоїтися і розслабитися. У частково заведеному стані неможливо вчасно заснути і нормально виспатися. Само по собі цей стан не проходить - його потрібно відпускати.

4. *Мало рухливий спосіб життя* – означає, що тіло повно енергії до вечора, в той час як психічно відчувається втома. Ось і виходить, що складно заснути, будучи втомленими.

5. *Днем занадто багато стресу.* Нас вчили в школі теоремам і інтегралам, навіть теорію відносності трохи розповідали. А ось уживатися один з одним нас не вчили, так само, як і стрес відпускати. Робота з людьми означає багато стресу - яка б вона не була.

6. *Відсутність гармонійного спілкування з близькими:* сім'єю, дітьми. Відсутність власних захоплень, дрібних радощів, періодичної зміни обстановки, подорожей. Життя, перетворене в суцільну роботу, емоційно і ментально стомлює, виснажує, вигорає. Жити тільки заради роботи - не приносить задоволення і радості.

7. *Часта критика, особливо незаслужена.* І не важливо де вона відбувається вдома або на роботі.

8. *Низька заробітна плата.* Що створює відчуття непотрібності, неоціненності та не затребуваності.

Далі кожен учасник отримує роздатковий матеріал: «7 способів захисту від емоційного вигорання» та разом із ведучим

розбирають поняття «синдром емоційного вигорання» та способи попередження і захисту від емоційного вигорання.

Примітка!

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це психологічна реакція людини на довгострокову емоційну перевтому. Американський психолог Херберт Фрюденбергер у 1974 р. дав визначення СЕВ як проблеми, «народженої суспільством і часом, в якому ми живемо, постійною боротьбою за те, щоб наповнити наше життя сенсом. Цей стан не проходить, якщо його ігнорувати».

СЕВ може настати практично у будь-якої людини. Причиною виникнення СЕВ є стрес, викликаний занадто насиченим життям: великою кількістю зустрічей, нереальними термінами виконання зобов'язань, другорядними і непотрібними справами, відволікаючими від основної роботи. Метушливі рухи, обумовлені нестачею грошей, уваги, визнання, як правило, дуже швидкий шлях до емоційного вигорання. Стрес, сам по собі, може не викликати великих проблем, але якщо стреси відносно тривалі, то людина може перейти у стан перевтоми.

Поради «Як попередити СЕВ»

Живіть справою серця. Процес розвитку до неймовірного рівня неможливий, якщо ви не любите те, що ви робите. Ви повинні жити вашою справою, поглинати її щодня і любити. Любити настільки, що ви не уявляєте своє життя без цього. Настільки, що навіть якщо б вам довелося доплачувати за свою улюблену справу, ви б доплачували. Якщо ви робите те, що

вам не подобається, стрес неминучий. Можливо, вам пора щось змінити.

Спрощуйте своє життя. Телебачення, інтернет, мобільні телефони допомагають нам в роботі, але одночасно через них поступає маса даремної інформації. Це відволікає нас від наших прямих обов'язків, займає час і розум, і створюється враження, що ми сильно переобтяжені.

Вирвіть себе зі звичної реальності. Виділяйте час для відпочинку, відаючи перевагу фізичній праці, при якій розум відпочиває: розведенню кольорів, ремеслам, прогулянкам в парку або лісі. Це може бути поїздка на природу з нічлігом в наметах і вогнищем у води. Або поїздка до моря. Відпочинок на природі чинить оновлюючу дію.

Дотримуйтеся здорових звичок в живленні. Не обмежуйте себе у сні. Людині необхідно спати 7-8 годин на добу.

Не давайте обіцянок, які ви не зможете стримати. Перевантажуючи себе, ми стаємо дратівливими і агресивними, тому що відчуваємо тиск невиконаних зобов'язань.

Тримайте внутрішній баланс. Коли Ви гармонійно розвинена людина, стрес або вигорання відбуватимуться з вами досить зрідка. Але з метою його уникнення слід постійно розвивати усі сфери свого життя. Наприклад, якщо у Вас є улюблена справа, то вам важко нею не займатися на 100%, практично щодня. З одного боку це добре, але з іншого боку, чи розвивається ваше фізичне тіло? Духовна складова? Чи

ростете ви як особистість? Як ваші стосунки? Коли з цим все добре, чи відчуваєте ви справжнє щастя.

Навчіться бути вдячними. Почніть бути вдячними сьогодні в ці секунди. За те, що у Вас вже є і за можливості, які перед Вами відкриваються. За дослідженнями вчених, людина, яка щодня мінімум 2 хвилини виражає свою вдячність, через місяць стає щасливіше на 25%. Використайте перераховані рекомендації як ваші регулярні практики. Вони дозволять вам завжди знаходитися в стані щастя, наповненості і бажання робити те, що ви любите робити. Не забувайте, що крім всього цього, у вас має бути велике бачення майбутнього, того, куди ви йдете. Це потужний спосіб створити емоційний і життєвий баланс, це дозволить вам побудувати своє щасливе життя.

Сесія III. Профілактика професійного вигорання та способи захисту

Мозковий штурм «Асоціації до словосполучення «професійне вигорання»

Мета: визначити у учасників розуміння поняття та ознак професійного вигорання.

Час: 30 хв. *Ресурси*: листи фліпчарту, маркери різного кольору, презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий задається питання учасникам «Які асоціації у вас виникають до словосполучення «Професійне вигорання»? Усі напрацювання учасників записуються на листі. Ця вправа проводиться, щоб побачити зріз розуміння учасниками цієї теми. Наскільки вони обізнані з цього питання.

Далі ведучий запитує учасників «Як ви вважаєте, які можуть бути ознаки професійного вигорання?».

Після відповіді учасників тренінгу, ведучий надає більш детальнішу інформацію щодо даного питання.

Примітка!

Психологи, у своїй більшості, сходяться на думці, що існує три ключові ознаки професійного вигорання: граничне виснаження, почуття особистісної відстороненості від клієнтів та від роботи та відчуття неефективності або недостатній успіх отриманих досягнень.

Ознаки професійного вигорання:

1. *емоційні ознаки* (дратівливість, гнів, злість, печаль, тривалий стан заклопотаності, тривожність, пригніченість, почуття безвихідності);

2. *тілесні ознаки* (головні болі, болі у животі, знесилення, проблеми з переварюванням їжі, часті простудні захворювання);

3. *прояви у поведінці* (самоізоляція, критичність, засудження, перепади настрою, дратівливість у сім'ї);

4. *прояви на роботі* (уникнення спілкування, відсутність інтересу у справах, не пунктуальність, відсутність мотивації до роботи).

Як виявити у себе ознаки професійного вигорання:

- ви часто дивитеся на годинник; опір виходу на роботу;
- ви відкладаєте зустрічі, часто спізнюєтеся;
- працюєте старанніше і довше, а досягнення стає менше

– усамітнюєтеся і уникаєте колег;

– збільшуєте вживання психоактивних речовин (включаючи кофеїн і нікотин), що міняють настрій;

– відпочинок має короткочасний ефект;

– постраждало почуття гумору;

– постійне почуття невдачі, провини і самозвинувачення;

– з'явилося відчуття неначе до вас постійно і не у справі чіпляються;

– порушений сон;

– часті, тривало поточні незначні недуги;

– підвищена сприйнятливість до інфекційних захворювань;

– стомлюваність, втома та виснаження упродовж цілого дня

– прискорення порушень психічного і соматичного здоров'я.

Примітка!

Якщо учасники виявляють у себе більшість із означених ознак, то слід зазначити, що саме за таких умов найчастіше з'являються думки про те, щоб залишити роботу. Оскільки для такої людини саме поняття відпочинку від роботи стає неможливим для прийняття та реальних практичних дій!

Запитання для обговорення:

1. Для чого було запропоновано саме дану вправу?
2. Що нового Ви дізналися?

Інформаційне повідомлення «Синдром професійного вигорання, його стадії та симптоми»

Мета: поінформувати учасників щодо синдрому професійного вигорання, його основні стадії та розглянути симптоми професійного вигорання.

Час: 15 хв. *Ресурси:* презентація ведучого.

Хід проведення: ведучий надає учасникам інформаційне повідомлення щодо даної теми.

Примітка!

Синдром професійного вигорання – поєднання фізичної і емоційної втоми, яке характеризується підвищеною стомлюваністю, почуттям спустошеності, відчуттям, що робота стала пасткою.

Стадії вигорання:

1 стадія: на рівні виконання функцій, незалежної поведінки, забуває в потрібний момент слова, терміни, факти внесення записів в реєстри тощо.

Виникають перебої у виконанні простих рухових дій (систематичний помилковий набір букв на клавіатурі комп'ютера або заміна одних букв іншими при написанні вручну). Ці дії іноді сприймаються спокійно або можуть викликати іронію, проте вони є тривожним сигналом, що ігнорується у більшості випадків. Але саме такі «незначні», на перший погляд помилки, можуть привести до трагічних наслідків, оскільки, в залежності від характеру роботи, ступеню нервово-психічного навантаження, індивідуально-психологічних характеристик людини ця стадія професійного

вигорання може формуватися вже на 3-5 році від початку діяльності на конкретному робочому місці.

2 стадія: зниження зацікавленості в роботі, потреба в спілкуванні (у тому числі за межами роботи), зростання апатії, невдоволення.

На цій стадії стає помітною поява негативних психофізіологічних проявів, таких як головний біль, збільшення систолічного тиску, біль в тазу і т. п. Збільшується кількість різних захворювань дихальних шляхів, проявляється підвищене роздратування. Період формування цієї стадії в середньому від 5 до 15 років;

3 стадія: безпосередньо особистісне вигорання.

Характеризується повною втратою інтересу до роботи і життя в цілому, емоційним спустошенням, відсутністю життєвих сил. Людина намагається якомога більше спілкуватися з тваринами, усамітнюватися. Можуть з'являтися суїцидальні думки, які в окремих випадках втілюються в життя. Посилюються негативні психосоматичні прояви і розлади, про які мова піде далі. Ця стадія формується від 10 до 20 років.

Симптоми, характерні для синдрому професійного вигорання, умовно можна розділити на три основні групи: *психофізіологічні, соціально-психологічні і поведінкові.*

До психофізіологічних симптомів відносяться:

– відчуття постійної втоми, не зникаючої після сну (симптом хронічної втоми);

– відчуття фізичного та емоційного виснаження;

– зниження рівня сприйняття і реактивності на зміни зовнішнього середовища (відсутність реакції інтересу на чинник новизни або страху на небезпечну ситуацію);

– загальна астенізація (слабкість, зниження активності і енергійності, погіршення біохімії крові і гормональних показників, фригідність, імпотенція);

– безпричинний головний біль, шкірні роздратування, тахікардія, сухість, неприємний присмак у роті, постійні розлади шлунково-кишкового тракту тощо;

– різка втрата або збільшення ваги тіла;

– повне або часткове безсоння (швидке засипання і відсутність сну після 4 годин ранку або неможливість заснути увечері до 2-3 годин ночі і важке пробудження уранці);

– помітне погіршення зору, слуху, внутрішньої і зовнішньої сенсорної чутливості.

Примітка!

За останні 5 років серед чоловіків, що померли в цій країні, понад 80% складали осіб працездатного віку (від 15 до 59 років)

Серед соціально-психологічних симптомів виділяють наступні:

– байдужість, нудьга, пасивність і депресія (понижений емоційний тонус, відчуття задавленості);

– підвищене роздратування, афективно негативна реакція на дрібниці;

збільшення кількості нервових зривів, «заглиблення в себе»;

– постійне переживання негативних емоцій, для яких об'єктивно відсутні причини (відчуття провини, образа, підозрілість і т. п.);

– відчуття неусвідомленого хвилювання і стан підвищеного рівня тривоги;

– відчуття занадто великої відповідальності й страху («я не зможу», «у мене нічого не вийде»);

– загальна негативна установка на життєві і професійні перспективи.

До поведінкових симптомів відносяться:

– поява відчуття, що працювати стає все важче і важче;

– зміна режиму праці (рано приходити на роботу і пізно йти додому або приходити із запізненням, а йти раніше певного часу);

– старання постійне, без об'єктивної необхідності брати роботу додому, але не робити її і вдома;

– відмова переймати на себе відповідальність, приймати рішення;

– зниження оптимізму відносно роботи, байдужість до її результативності;

– невиконання або відкладання важливих (пріоритетних) завдань і «гальмування» на дрібних деталях, витрачання значної кількості робочого часу на рішення менш важливих проблем;

– дистанціювання від колег й клієнтів, підвищення рівня неадекватної критичності;

– зловживання алкоголем, снодійними або іншими препаратами заспокійливої дії; різке збільшення паління, використання наркотичних засобів.

Головною причиною професійного вигорання є порушення балансу між тим, що людина віддає і що він отримує (мається на увазі не лише матеріальний, але і моральний чинник – повага, моральне задоволення).

Перегляд відео та тестування «Синдром професійного вигорання»

Мета: визначити в учасників стадію синдрому професійного вигорання.

Час: 15 хв. *Ресурси:* відео, листи паперу формату А4, ручки

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам переглянути відео «Синдром професійного вигорання» та пройти тестування для визначення стадії професійного вигорання учасників.

Запитання для обговорення:

1. Що дало виконання даної вправи?
2. Які висновки можна винести із запропонованої вправи?

Індивідуальна робота. Опитувальник «Як відновити рівновагу»

Мета: визначити наскільки повно кожен учасник задовольняє власні потреби.

Час: 25 хв. *Ресурси*: опитувальник для всіх учасників, ручки.

Хід проведення: ведучий роздає кожному учаснику опитувальник «Як ми піклуємося про себе». Ведучий наголошує на тому, що люди, які дбають про інших, не завжди вміють дбати про самих себе та акцентує увагу на тому, що

потрібно тримати баланс між роботою та відпочинком, між віддачою та отриманням. Турбота про себе повинна відповідати складності і різноманіттю особистості.

Далі пропонується кожному учаснику вибрати три позиції з того, що вони зроблять для себе протягом тижня після завершення тренінгу. запропонований опитувальник допоможе визначити наскільки повно кожен учасник задовольняє власні потреби.

Фізіологічні потреби	
Їм регулярно (тобто сніданок, обід, вечеря)	
Вживаю здорову їжу	
Роблю зарядку	
Регулярно проходжу профілактичний огляд у лікаря	
Звертаюся за медичною допомогою, коли це необхідно	
Беру лікарняний лист на час хвороби	
Користуюся послугами масажиста	
Танцюю, співаю, плаваю, бігаю, граю в спортивні ігри, здійснюю прогулянки або займаюся будь-якими іншими видами фізичної активності, яка приносить мені задоволення	
Достатньо сплю	
Беру відпустку	
Інше:	
Психологічні потреби	
Обмежую час для телефонних розмов	

Веду щоденник	
Маю хобі	
Прислухаюся до свого внутрішнього досвіду - думок, почуттів, думок, вірувань.	
Відвідую музеї, виставки, театри, спортивні змагання	
Звертаюся за допомогою до інших людей	
Проявляю цікавість	
Можу сказати «ні»	
Інше:	
Емоційна сфера	
Проводжу час з людьми, які мені симпатичні	
Підтримую відносини зі значимими для мене людьми	
Намагаюся заохочувати і нагороджувати самого себе	
Перечитую улюблені книги і переглядаю улюблені фільми	
Намагаюся зрозуміти свої потреби - ніж мені хочеться займатися, з якими людьми мені хочеться спілкуватися, які місця хочеться відвідувати - і шукаю можливості задовольнити ці потреби	
Дозволяю собі плакати	
Можу над чимось посміятися	
Граю, спілкуюся з дітьми	
Займаюся творчістю і рукоділлям	
Інше:	
Духовні потреби	

Проводжу час на природі	
Шукаю можливості спілкуватися з людьми, близькими мені по духу	
Переживаю моменти натхнення і благоговіння	
Підтримую в собі оптимізм і надію	
Вважаю, що в житті існують не тільки матеріальні цінності	
Намагаюся іноді виходити з ролі експерта і не брати на себе відповідальності за все	
Відкрита нового і невідомого	
Знаю, що для мене важливо і визначаю цього місце в своєму житті	
Займаюся медитацією	
Молюся	
Беру участь в здійсненні того, у що вірю	
Читаю книги, які мене надихають, слухаю класичну музику	
Інше:	
Умови роботи	
Роблю перерви під час робочого дня (наприклад, на обід)	
Виділяю достатньо часу для того, щоб завершити певну роботу	
Вмію відстоювати кордону з клієнтами та колегами	

Розподіляю свій робочий час так, щоб уникнути перевантажень в певні моменти	
Створюю собі зручне робоче простір	
Регулярно звертаюся за допомогою до куратора або колегам	
Відстоюю свої фінансові інтереси	
Приділяю час професійному зростанню	
Своєчасно звертаюся за допомогою до психолога	
Інше:	

Запитання для обговорення:

1. Чи допомогла дана вправа визначити власні потреби у відновленні рівноваги?

2. Що дало виконання даної вправи?

Практичні вправи «Техніки саморегуляції»

Мета: навчитися відновлюватися та перезавантажуватися після роботи чи важкого дня.

Час: 10 хв. *Ресурси*: презентація ведучого

Хід проведення: ведучий запитує в учасників «Втомилися? Хочете спати? Немає настрою? Неможливо зосередитися на роботі?» та наголошує про те, що відновити сили потрібно всього 10 хвилин часу та квадратний метр вільного простору. Вправи прості, але дуже ефективні. Вони застосовувалися для підготовки космонавтів до виходу в космос. Також їх

рекомендують психологи для зняття стресу перед важливими угодами, виступами. Спеціальний одяг не потрібна, взуття теж.

Перший крок: п'ять дихальних вправ.

Час: 5 хв.

Під час їх виконання потрібно сконцентруватися на тому, як дихати. Управління диханням допоможе підняти рівень енергії, розкрити діафрагму, скинути напругу. Якщо обмежені в часі, можна використовувати таймер на телефоні.

Вправа 1: *«Хльост руками»*

Дихаємо ротом. На вдиху розводимо руки в сторони, на видиху з легким зусиллям кидаємо їх за спину, ляскаючи по плечах долонями, ніби обіймаємо себе. Повторюємо протягом хвилини. Цією вправою ми розтягуємо грудну клітку, грудні м'язи, скидаємо напруга з плечей за допомогою вібрації від бавовни і сильного видиху ротом.

Вправа 2: «Лижник»

Робимо вдих, піднімаємо руки вгору, витягуємося, вказівні та середні пальці рук торкаються один одного. Видих, паралельно опускаємо руки, заводимо їх за спину, піднімаємося на носочки. Вправа нагадує руху лижника, який набирає швидкість, відштовхуючись палицями від снігу.

Вправа 3: «Перехресний крок»

Стоїмо прямо, робимо вдих, на видиху торкаємося правою долонею лівого коліна. Вільну руку заводимо тому, додатково скручуємо тулуб. На вдиху повертаємося в початкове

положення. Видих – повторюємо в іншу сторону. Ця вправа допомагає додатково збалансувати праве і ліве півкуля.

Вправа 4: «Млин»

Встаємо прямо. Представляємо, що до потилиці прив'язаний повітряна куля, до крижів – цегла. Розтягуємо хребетний стовп, стопи притиснуті до землі. Починаємо повертати корпус навколо своєї осі то в одну, то в іншу сторону, очі закриті, руки розслаблені. З максимальною амплітудою скручування робимо видих, в середині повороту робимо вдих. Поступово збільшуємо інтенсивність обертання. Під час виконання вправи відбувається розтягнення м'язів, їх розслаблення.

Вправа 5: «Плечі»

Встаємо прямо, руки розслаблено висять. На вдиху встаємо навшпиньки, піднімаємо плечі вгору, тягнемося верхівкою до стелі, розтягуємо хребет і відчуваємо напругу в плечовому відділі. На видиху розслабляємося, падаємо на п'яти, округляємо спину і розправляємо пальці, ніби скидаємо через них напруга.

Другий крок: подяка.

Час: 1 хв.

Важливо зняти не тільки фізичне, але й емоційне напруження. Згадайте і подумки подякуйте трьох людей. Можна згадати тих, з ким у вас напружені відносини. Подяка допоможе поглянути по-новому на ситуацію, прийняти досвід, який вона дає, відкрити можливості поліпшення. Коли ми

дякуємо, то відпускаємо гнів та образи. Якщо дозволяє час, подякуйте за все, що маєте: здоров'я, сім'я, друзі, захоплення і так далі. Вибирайте те, що найбільше цінуєте в даний момент.

Третій крок: медитація «вихід на чисту воду».

Час: 3 хв.

Виділіть 3 хвилини для відновлення душевної рівноваги. Спочатку усвідомте свій стан: постарайтеся детально описати, що відчуває тіло і які емоції відчуваєте. Потім відверніться від насущних справ, створивши навколо заспокійливу обстановку, наприклад, слухаючи спокійну музику, споглядаючи світ за вікном. Аромати допоможуть швидко переключитися. Використовуйте по можливості свічки з натуральними запахами свіжоскошеної трави, сіна або польових квітів. Коли ми відчуваємо ці запахи, то переносимося в дитинство, згадуємо легкість, безтурботність. Це дозволяє відволіктися від екрану монітора і увійти в стан релаксації.

Четвертий крок: фокусування цілі.

Час: 1 хв.

Звільнившись від фізичного та емоційного напруження, зосередьте свою енергію на результатах, яких хочете досягти. Можна розділити їх на цілі по здоров'ю, відносинам, саморозвитку, хобі, фінансів. Розписуючи мети, ми бачимо картину того, чого і як ми хочемо домогтися. Уявіть влаштовує вас результат, мотивуючий на рух вперед. Часто мозок після такої «перезавантаження» генерує нові ідеї. Зверніть увагу на свій стан після проходження кроків.

В основному, відчувається легкість, свобода в тілі, сконцентрованість і приплив сил. Рекомендую запам'ятати ці 4 кроки і виконувати їх протягом дня, коли відчуєте стрес, і в якості профілактики.

Профілактичні дії допоможуть зберегти стабільність нервової системи, підвищать працездатність та стресостійкість.

Практичні вправи «Метод швидкого зняття емоційної та фізичної напруги»

Мета: усвідомлення, знаходження та зняття м'язових затискачів; визначення і зняття зайвої напруги.

Час: 25 хв. *Ресурси*: не потрібно

Хід проведення: ведучий учасникам пропонує пропоную зайнятися методом швидкого зняття сильної емоційної та фізичної напруги. Це метод включає в себе серію вправ по довільній напрузі та розслабленню основних м'язових груп.

Вправа «Муха»

Мета: зняття напруги з лицьової мускулатури.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам сісти зручно: руки вільно покласти на коліна; плечі та голова опущені; очі закриті. Подумки уявити, що на обличчя намагається сісти муха. Вона сідає на ніс, на ріт, то на чоло, на очі. Завдання для учасників: не відкриваючи очей, зігнати настирливу комаху.

Вправа «Лимон»

Мета: управління станом м'язового напруження і розслаблення.

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам сісти зручно: руки вільно покласти на коліна (долонями вгору); плечі і голова опущені; очі закриті. Подумки уявити собі, що у правій руці лежить лимон. Потрібно повільно його стискати до тих пір, поки не відчується, що «вичавили» весь сік, потім розслабитися. Запам'ятати свої відчуття. Далі потрібно все зробити з лівою рукою та повторити цю вправу декілька раз. вправу. Потім ведучий пропонує виконати вправу одночасно двома руками та розслабитися. Насолоджуватися станом спокою.

Вправа «Морозиво»

Хід проведення: ведучий говорить учасникам, щоб вони стали прямо, руки підняли вгору та потягнулися. Потім напружили всі м'язи тіла і уявили собі, що вони замерзли в такому положенні, як нібито морозиво. Далі пропонує учасникам в цьому напруженому стані побути кілька хвилин. Потім пропонує уявити, що на них світить тепле сонечко, і вони повільно та поступово починають танути. Спочатку розслаблюють пальці рук, потім кисті, лікті, плечі і т.д. Виконують вправу до повного розслаблення всього тіла. Повторювати вправу можна кілька разів, поки не відчується повне розслаблення всіх м'язів тіла.

Вправа «Гумовий м'ячик»

Хід проведення: ведучий пропонує учасникам прийняти зручне положення сидячи і уявити маленький гумовий м'ячик у правій руці. Поступово підвищуючи тиск, учасники

стискають цей «м'ячик». Ведучий пропонує спробувати напружити не тільки руки, але й відчути, що все тіло напружилося. Коли учасники відчули, що стиснули м'ячик повністю, вони поступово розтискають руку та розслабляються. Потім трохи перебувають в стані спокою, і цю ж процедуру роблять лівою рукою та з двома руками відразу. В кінці вправи – має бути повний стан спокою та розслаблення.

Вправа «Повітряна куля»

Хід проведення: ведучий пропонує уявити учасникам, що вони велика повітряна куля, що повільно надувають. На довгому глибокому вдиху учасники піднімають руки і повністю напружують всі м'язи тіла на кілька секунд. Після цього учасники уявляють, що в цій великій повітряній кулі утворилася маленька дірочка, з якої поступово виходить повітря. На видиху учасники починають поступово «здуватися», потроху розслабляючи всі м'язи. Закінчується вправа в стані повного спокою.

Підведення підсумків тренінгу. Вправа «Оцінка зустрічі»

Мета: встановлення зворотного зв'язку, аналіз досвіду, отриманого в групі

Час: 30 хв. *Ресурси:* лист фліпчарту з намальованою валізою, знаком питання, кошиком, стікери трьох кольорів за кількістю учасників

Хід проведення: перед підбиттям підсумків роботи на тренінгу, ведучий вивішує лист фліпчарту з намальованими: чемодан, знак питання, корзинка.

Кожен учасник отримує комплект із трьох різнокольорових стікерів. На *першому стікері* учасники пишуть те, що вони можуть взяти для себе у валізу як фахівець. На *другому стікері* учасники пишуть питання, які виникли у них під час роботи на тренінгу. На *третьому стікері* учасники пишуть побажання тренерам. Після цього учасники підходять по черзі до листу фліпчарту та наклеюють їх відповідно малюнку: чемодан, знак питання, корзинка.

Список використаних джерел

1. Профілактика та подолання професійного та емоційного вигорання : методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб / підготув. К.О. Балакірєва. – К. : [б. в.], 2016. – 45с.

2. Профилактика эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников : программа БУ «Республиканская психиатрическая больница». – Чебоксары : [б. и.], 2015. – 40 с.

3. Профілактика «емоційного» та «професійного» вигорання у педагогів позашкільних навчальних закладів : методичні рекомендації [Електронний ресурс] / уклад. Г. С. Михайловська. – Херсон : [б. в.], 2016. – Режим доступу: https://cnttum.ks.ua.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Андрагогіка – наука про навчання дорослих, котра обґрунтовує діяльність дорослих, що навчаються, та тих, що навчають, за організацією процесу навчання.

Анкетування – метод отримання інформації шляхом письмових відповідей респондентів на систему стандартизованих запитань попередньо підготовлених бланків – анкет.

Арт-терапія - напрям в психотерапії та психологічної корекції, який заснований на застосуванні для терапії мистецтва та творчості.

Бібліотерапія – засіб психологічної корекції за допомогою спеціально підібраної літератури. За допомогою книги можна досягнути потрібного терапевтичного або профілактичного впливу, стимулювати позитивні чи погасити негативний настрій.

Геронтологія – наука, що вивчає закономірності старіння живих організмів, зокрема людини та включає такі розділи: біологія старіння, клінічна геронтологія та геріатрія, соціальна геронтологія та герогігієна.

Деменція – це важке захворювання, що вражає людей, переважно, похилого віку та характеризується важким розладом вищої нервової діяльності через органічне ураження головного мозку. Основні прояви: різке зниження розумових здібностей, втрата наявних знань, практичних навичок та неможливість засвоювати нові навички.

Депресія – це афективний стан, що характеризується негативним емоційним фоном, зміною мотиваційної сфери, когнітивних уявлень і загальною пасивністю поведінки.

Дистрес – це форма стресу, внаслідок якої вичерпуються захисні сили організму та зриваються механізми адаптації, відповідно організм слабшає, що може призвести до розвитку різних захворювань.

Емпатія - це емоційне співпереживання іншій людині, яке проявляється у формі реакції однієї людини на почуття й стан іншої.

Ерготерапевт – фахівець, який здійснює терапевтичний впливу у процесі роботи з клієнтом, який живе з деменцією. Організація його активності відбувається засобами різних занять, які пов'язані із самообслуговуванням, дозвіллям, комунікаціями тощо.

Ізотерапія - це один з найбільш поширених і широко застосовуваних видів арт-терапії під час якої людина може виразити себе, свої думки, переживання, емоції і почуття за допомогою ліній, форм і кольорів на папері або полотні.

Інтервізія – вид групової супервізії, де суб'єктом аналізу виступають самі учасники процесу (на зразок «груп рівних»).

Каністерапія – один з видів лікування та реабілітації людини за допомогою звичайних або спеціально відібраних і навчених собак під наглядом кваліфікованих фахівців (також відома як лікувальна кінологія).

Кейс – це реальні й докладно описана ситуація практики соціальної роботи разом із причетними супутніми фактами (від яких залежить її вирішення) з акцентом на проблематику.

Клінічна настанова – документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності та має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.

Консультування – метод, пов'язаний із наданням допомоги потребуючим у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих, професійних проблем.

Конференція – форма організації діяльності, що заздалегідь заплановано для обговорення певної проблематики, яка визначена заздалегідь та покликана обговорювати поставлені перед нею питання ті ухвалювати узгоджені рішення.

Круглий стіл – форма спільного обговорення проблем, ситуацій, пошуку нових ідей з метою конструктивного вирішення нагальних професійних проблем та кваліфікованої відповіді з найбільш актуальних і складних для самостійного осмислення питань для подальшого професійного самовдосконалення та розвитку.

Лікар-геріатр (від грец. «Geron», що означає «старий») – це «віковий лікар», фахівець з лікування хворих похилого та старечого віку.

Майстер-клас – метод навчання та конкретне заняття із вдосконалення практичної майстерності, що проводиться фахівцем в певній галузі.

Метод (у загальному значенні) – спосіб досягнення мети, певним чином впорядкована діяльність.

Метод – сукупність засобів та прийомів реалізації процесу підвищення професійної компетентності та професійного самовдосконалення і розвитку у навчанні дорослих.

Метод конкретної ситуації (кейс-метод) – методика ситуативного навчання, що розуміється як безперервний процес, спрямований на систематичний, цілеспрямований опис, вивчення, аналіз об'єктів реальної дійсності (сім'я, родина, соціальна група тощо).

Мультидисциплінарна команда – команда, до складу якої включаються не менше трьох осіб з числа таких фахівців: соціальний працівник, соціальний робітник, медичний працівник, юрисконсульт, психолог, сестра медична з масажу, сестра медична з лікувальної фізкультури, перукар, швачка, взуттьовик з ремонту взуття тощо.

Надавач соціальної послуги догляду вдома (працівник) – це фахівець у сфері надання соціальних послуг, соціальний робітник або мультидисциплінарна команда, який

(яка) безпосередньо виконує заходи, що складають зміст соціальної послуги догляду вдома;

Настільні гра – гра, заснована на маніпуляції відносно невеликим набором предметів, які можуть цілком розміститися на столі або в руках граючих.

Нейродегенеративні захворювання – це група патологій, в основі яких лежить втрата функціональних властивостей нервової системи та загибель нейронів.

Отримувач соціальної послуги догляду вдома – особа, яка через складні життєві обставини, спричинені інвалідністю, віком, станом здоров'я, потребує надання соціальної послуги догляду вдома або отримує таку послугу.

Персеверація – це психічний стан, який характеризується постійним або частим повторенням якого-небудь слова, думки, мелодії, дії.

Пролежень – омертвіння тканини, яке виникає внаслідок тривалого вдавлення (зміщення, тертя) та поганого або порушеного кровообігу шкірних покривів.

Професійна самоорганізація – це здатність самостійно визначати мету й першочергові завдання, організовувати їх поетапне вирішення, контролювати цей процес та аналізувати одержані результати з метою подальшого розвитку, удосконалення професійно необхідних умінь, якостей та здібностей.

Професійна самореалізація – розкриття якостей, можливостей, здібностей та досягнення максимального потенціалу в професійній діяльності.

Професійне самовдосконалення – усвідомлений, цілеспрямований процес підвищення рівня власної професійної компетентності та розвитку професійно-значущих якостей відповідно до зовнішніх соціальних вимог, умов професійної діяльності та особистісної програми розвитку.

Професійне самовдосконалення особистості – специфічний вид професійної діяльності фахівців, як важливий компонент підготовки та перепідготовки фахівця.

Професійне самовдосконалення фахівців соціальної сфери – процес розвитку професійно-значущих якостей, підвищення рівня професіоналізму, основою якого є професійні самопізнання, самовизначення, самоорганізація та самореалізація фахівця

Професійне самовизначення – процес та результат формування ставлення особистості до себе як суб'єкта професійної діяльності.

Професійне самопізнання – це усвідомлення особистості себе як професіонала та своїх професійних якостей, можливостей, здібностей.

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – психологічна реакція людини на довгострокову емоційну перевтому, яка призводить до загального виснаження організму людини.

Соціальна послуга догляду вдома – комплекс заходів, що здійснюються за місцем проживання (вдома) отримувача соціальної послуги протягом робочого дня суб'єкта, що надає соціальну послугу догляду вдома, який спрямований на створення умов забезпечення життєдіяльності осіб, які частково або повністю втратили / не набули здатності до самообслуговування.

Соціокультурна реабілітація людей похилого віку, які живуть з деменцією – це система організаційних прийомів і методів впливу засобами культурної діяльності з надання послуг, спрямованих на відновленні порушених або втрачених здібностей відповідно до інтересів, потреб і потенційних можливостей особистості.

Спеціальний догляд – сукупність процедур, що призначаються при тому чи іншому діагнозі хворої людини.

Співбесіда – метод, спрямований на вирішення конкретного питання з метою його максимального об'єктивного аналізу, пошуку альтернативних рішень, оптимального використання наявних та пошуку додаткових ресурсів.

Стрес – це стан, при якому людина перебуває в психічній напрузі, що виникає у процесі складних життєвих обставин.

Суб'єкт, що надає соціальну послугу догляду вдома - підприємства, установи, організації, заклади незалежно від форми власності, фізичні особи (підприємці, які відповідають критеріям діяльності суб'єктів, що надають соціальні послуги).

Супервізія – метод підтримки і допомоги фахівців у професійній діяльності.

Тренінг – форма групових занять за активної участі учасників з метою набуття ними навичок, необхідних у повсякденній професійній діяльності задля успішного вирішення проблем.

Форма – обмежена у часі та просторі взаємозумовлену діяльність координатора (тренер, педагог) та соціальних робітників щодо підвищення професійної компетентності та професійного самовдосконалення і розвитку.

ЗАГАЛЬНИЙ СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навч. посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. – Тернопіль : Терно-граф, 2010. – 432 с.

2. Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід: матеріали міжнародної практичної конференції. – 19-20 квітня 2018 року. – К. : Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. – 32 с.

3. Алеман А. «Мозг на пенсии» : научный взгляд на преклонный возраст / Андре Алеман. – К. : Центр навчальної літератури, 2019. – 168 с.

4. Аскарян А. Одиночество увеличивает риск развития деменции на 40%: исследование [Електронний ресурс] / Анна Аскарян // НОЖ. – 2018. – Режим доступу: https://knife.media/dementia-risk.

5. Бородін С. Вправи для розвитку мозку та поліпшення пам'яті [Електронний ресурс] /Бородін С. – Режим доступу: https://econet.ru.

6. Василенко Н. Ю. Соціальна геронтологія: навч. посібник / Н. Ю. Василенко. – Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2010. – 140 с.

7. Вержиковская Н. В. Образование в третьем возрасте / Н. В. Вержиковская, В. В. Чайковская // Проблемы старения и долголетия. – 2004. – № 4. – С. 543–553.

8. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки: методичний посібник

для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми та підлітками / Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна ; за ред. Т. В. Журавель. – К. : [б. в.], 2010. – 168 с.

9. Волковская А. Г. Сестринский уход за больными: метод. указ., для курса лекций / А. Г. Волковская, Л. В. Кузьмина. – 2–е изд., испр. и доп. – Новосибирск : Православная Гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2015. – 144 с.

10. Грубляк В. Т. Психологічні особливості самотності в похилому віці [Електронний ресурс] / В.Т. Грубляк, В. В. Грубляк // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. КПНУ імені Івана Огієнка Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – 2011. – Вип. 14З. – С. 144–154. – Режим доступу: http://es-journal.in.ua.

11. Губа Н.О. Теоретичний аналіз соціально-психологічних факторів виникнення самотності / Губа Н.О. //Проблеми сучасної психології. – 2012. – № 1. – С. 53-57.

12. Деменция: приоритет общественного здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 112 с.

13. Деменція адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. – К. : [б. в.], 2016. – 112 с.

14. Деменция [Електронний ресурс] / Н. Н. Яхно, В В. Захаров, А. Б. Локшина и др. – М.: Медпресс-информ, 2010. - 272 с. – Режим доступу: http://wwwISBN598322649.

15. Деменции: руководство для врачей / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина и др. – М.: МЕДпресс-информ., 2010. – 272 с.

16. Деменція: як вона проявляється, чому розвивається і чи можна її зупинити [Електронний ресурс] / уклад. Я.В. Кудренко. – Режим доступу: https://vopnl.vn.ua.

17. Дуля А.В. Діяльність спеціалістів Новоград-Волинського територіального центру соціального обслуговування людей похилого віку // Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід: матеріали міжнародної практичної конференції. – 19-20 квітня 2018 року. – К. : Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. – С 13.

18. Журавльова Л. П. Психологічні основи розвитку емпатії людини: дис.… доктора психолог. наук : 19.00.07 / Журавльова Лариса Петрівна. – Одеса, 2008. – 469 с.

19. Загальна декларація прав людини,1948 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.zakon.rada.gov.ua.

20. Зайченкова Е. Особенности ухода за лежачими больными пожилого возраста [Електронний ресурс] / Елена Зайченкова. – Режим доступу: https://myfamilydoctor.ru.

21. Конвенція ООН про права інвалідів [Електронний ресурс]. – 2016. – Режим доступу: https://www.zakon.rada.gov.ua.

22. Конституція України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua.

23. Кэмпбелл Д. «Эффект Моцарта» / Дон Кэмпбелл. – Минск : [б. и.], 2009. – 312 с.

24. Маргошина И. Ю. Супервизия и интервизия в практической деятельности клинического психолога [Електронний ресурс] / Маргошина И. Ю. – Режим доступу: http://www.medpsy.ru.

25. Мартин Э. Социальное обеспечение в Великобритании и Франции [Электронный ресурс] / Э. Мартин // Свободная мысль XXI века. – 2005. – № 8. – Режим доступа: http://polit.ru/article/2005/08/23/martin.

26. Методические рекомендации по уходу за лежачими и малоподвижными людьми: в помощь социальным работникам / сост.: Е. К. Горбунов, Н. Е. Тимошенко ; под ред. Н. Е. Тимошенко. – Киев: Изд-во 51 Паралель, 2019. – 28 с.

27. Наказ МОЗ України від 19.07.2016 р. № 736 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при деменції» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.zakon.rada.gov.ua.

28. Наказ №537 Про затвердження Переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.zakon.rada.gov.ua.

29. Наказ про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України: за станом на

09.09.2005 року //Верховна Рада України. – К. :Парлам. вид-во, 2005. – 35 с.

30. Наказ Міністерства соціальної політики «Про затвердження Державного стандарту догляду вдома» № 760 від 13.11.2013 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.zakon.rada.gov.ua.

31. Необычное поведение при деменции и его причины / Разработано группой по художественному творчеству, инвалидности и деменции в организации Jewish Care, Лондон, Великобритании / переведен и адаптирован организацией «Всемирная Еврейская Помощь» (World Jewish Relief. // Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід: матеріали міжнародної практичної конференції. – 19-20 квітня 2018 року. – К. : Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. – С.28.

32. Одиночество и болезнь Альцгеймера: что первично? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://memini.ru/discussions/27518.

33. Пальчикова гімнастика : збірка вправ [Електронний ресурс] / Освітній проект «на урок». – Режим доступу: https://naurok.com.ua/zbirka-palchikova-gimnastika.

34. Пінчук І. Я. Питання організації медико-соціальної допомоги літнім пацієнтам з психічними розладами / І. Я. Пінчук // Журнал психіатрії та медичної психології. - 2009. - № 1 (21) .- С. 40-43.

35. Постанова Кабінету Міністрів України «Типове положення про територіальний центр соціального

обслуговування (надання соціальних послуг) № 1417 від 29.12.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.zakon.rada.gov.ua.

36. Профілактика «емоційного» та «професійного» вигорання у педагогів позашкільних навчальних закладів : методичні рекомендації [Електронний ресурс] / уклад. Г. С. Михайловська. – Херсон : [б. в.], 2016. – Режим доступу: https://cnttum.ks.ua.

37. Профілактика та подолання професійного та емоційного вигорання : методичні рекомендації для спеціалістів соціальних служб / підготув. К.О. Балакірєва ; проект Програми розвитку ООН «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». – К. : [б. в.], 2016. – 45с.

38. Профилактика эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинских работников : программа БУ «Республиканская психиатрическая больница». – Чебоксары : [б. и.], 2015. – 40 с.

39. П'ять методів співбесіди [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://pracja.com.ua.

40. Различные положения пациента в постели [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://studfiles.net.

41. Различные положения больного в постели [Электронний ресурс]. – Режим доступу: https://studopedia.su.

42. Реферативний огляд: Демографічне старіння в Україні на фоні загальносвітової тенденції прискореного старіння населення: реферативний огляд / Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського Центр бібліотечних

електронних ресурсів і технологій Відділ технологій дистанційного обслуговування / уклад.: Н.В. Добра, Є.О. Корнілова, Ж.В. Самохіна. – К. : [б. в.], 2015. – 32 с.

43. Романова Н.Ф. Система довгострокової допомоги людям похилого віку: потреба у підготовці фахівців соціальної роботи // Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід: матеріали міжнародної практичної конференції. – 19-20 квітня 2018 року. – К. : Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. – С.18.

44. Романова Н. Ф. Спілкування з людьми похилого віку: методичні матеріали / Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К.: Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. – 152 с.

45. Романова Н. Соціальна робота з людьми похилого віку, які живуть з деменцією: незвична поведінка та причини походження / Н. Романова, Н. Тимошенко // Тези доповіді на Конференції молодих науковців «Соціальна робота та розвиток мереж соціальної підтримки» ШСР НАУКМА, (м. Київ, 6 лютого 2019 р.).

46. Романова Н. Ф. Особливості надання соціальних послуг людям похилого віку / Н. Ф. Романова, І. Ю. Білоус // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. 2015.– № 1-4. – С. 68–76.

47. Сайт з проблем деменції [Електронний ресурс]. – 2017. – Режим доступу: https://memini.ru/glossary92.

48. Ситуационный анализ, или Анатомия Кейс-метода /под ред. Ю.П. Сурмина. – К. : Центр инноваций и развития, 2002. – 286 с.

49. Социальная работа в Германии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://soc-work.ru/article.

50. Супервизия в социальной работе: метод. мат. для специалистов учреждений социальной защиты / Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации Департамент социальной защиты населения Кемеровской области МКУ «Социально–реабилитационный центр для несовершеннолетних «Маленький принц»». – Кемерово : [б. и.], 2014. – 12 с.

51. Тимченко О.В. Самотність як соціально-психологічне явище: основні моделі та сучасні тенденції / Тимченко О.В. // Теорія і практика сучасної психології. – Вип. № 2. – 2018. – С. 70-72

52. Тимошенко Н. Є. Професійне самовдосконалення соціальних працівників у ресурсних центрах : монографія / Тимошенко Н. Є. – 2017. – 176 с.

53. Троценко Н. Є. Професійне самовдосконалення соціальних працівників у ресурсних центрах : дис. … канд. пед. наук: 13.00.05 / Троценко Наталія Євгенівна. – К., 2012. – 243 с.

54. Товариство Альцгеймера Ірландії [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://alzheimer.ie/wp-content/uploads/2018/11/Dementia-and-Loneliness.pdf.

55. Ушакова І. М. Геронтопсихологія: підручник / Ушакова І. М.– Х.: НУЦЗУ, 2014. – 236 с.

56. Уход за лежачими больными: условия, средства, правила и особенности [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.aif.ru/boostbook/ukhod-za-lezhachimi-bol-nymi.html.

57. Уход за пожилыми и старыми людьми : метод. пособ. : в 2–х ч. / под ред. В. Ю. Приходько. – К. : [б. и.], 2008. – Ч. 1. Физиологические изменения стареющего организма. Особенности ухода за пожилыми людьми. – 96 с.

58. Уход за пожилыми и старыми людьми : метод. пособ. : в 2–х ч. / под ред. В. Ю. Приходько. – К. : [б. и.], 2008. – Ч. 2. Реабилитация людей с различными хроническими заболеваниями. – 96 с.

59. Фойгт Н. А. Тривалість життя в похилому віці: Еволюція, сучасність, перспективи / Н. А. Фойгт. – Київ, 2002. – 299 с.

60. Формування ринку соціальних послуг на сучасному етапі в Україні / Н. Ф. Романова // Innovative processes in education: Collective monograph. – AMEET Sp. z o.o., Lodz, Poland, 2017. – P. 183-198.

61. Хаустова Е. А. Терапія деменції: від ефективності до підвищення якості життя пацієнта / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, Е. І. Клебан // Ліки України. - 2011. - № 9. - С. 64-71.

62. Хлєбнікова Т. «Я загубився, нічого не пам'ятаю....» / Хлєбнікова Т. // Міжнародний громадсько-політичний тижневик «Дзеркало тижня». – 2018. – Вип. № 8-9. – 03-16 березня.

63. Як працювати з людьми похилого віку, які перенесли інсульт: практичні поради соціальним робітникам / уклад.: Є. К. Горбунов, М. Й. Орепер, Н. Є. Тимошенко ; за ред. Н. Є. Тимошенко. – К. : Так просто, 2020. – 50 с.

64. Active Ageing. A Policy Framework / World Health Organization. – Switzerland, 2002. – P. 60. – Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua.

65. Alzheimer's Association. 2017 Alzheimer's disease facts and figures [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.alz.org/documentscustom/2017factsandfigures.pdf

66. Barker WW, Luis CA, Kashuba A, Luis M, Harwood DG, Loewenstein D, et al. Relative frequencies of Alzheimer's disease, Lewy body, vascular and frontotemporal dementia, and hippocampal sclerosis in the State of Florida Brain Bank. Alzheimer Dis Assoc Disord 2002.

67. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician (англ.) // Journal of psychiatric research : journal. – 1975. – Vol. 12, no. 3. – P. 189–198.