

Міністерство освіти і науки України
Чернівецький національний університет
імені Юрія Федьковича

СОЦІАЛЬНА ГЕРОНТОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Чернівці, 2021

УДК 364.4-053.9(07)
С583

*Друкується за ухвалою Вченої ради
Чернівецького національного університету
імені Юрія Федьковича
(протокол №5 від 26 квітня 2021 року)*

Рецензенти:

Директор Чернівецького комунального територіального центру соціального обслуговування «Турбота» **Ірина Давня**

Кандидат економічних наук, доцент кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка **Олена Данилюк**

Укладач І.В. Ковальчук

Соціальна геронтологія: навчальний посібник / Укл.
С583 І.В. Ковальчук. Чернівці, 2021. 264 с.

Книга розкриває соціальний, медичний, психологічний аспекти старіння людини. Адресована студентам спеціальності «Соціальна робота» та всім, кому не байдужі проблеми людей похилого віку.

УДК364.4-053.9(07)

ПЕРЕДМОВА

Однією з актуальних соціально-демографічних проблем сучасного українського суспільства є прогресуюче старіння населення. За даними національного демографічного прогнозу до 2025 року показник осіб старше 60 – років у загальній кількості населення держави становитиме більше 25% осіб, у віці 65 років і старше – 18,4 %. Тому на перший план виходить розробка грамотного механізму ведення державної соціальної політики щодо людей похилого віку. Основними важелями процесу мають стати соціальна профілактика, соціальна допомога та соціальна підтримка. Методично правильна організація заходів у цих напрямках сприятиме створенню сприятливого мікроклімату для соціалізації людей похилого віку.

Сприятиме успішній соціалізації людей похилого віку проведення з цієї віковою категорією професійної соціальної роботи. Опанування майбутніми соціальними працівниками змістом соціальної геронтології навчить молодих людей розуміти проблеми людей похилого віку, добирати методи та форми взаємодії з ними, сприятиме формуванню толерантного ставлення в суспільстві до старшої вікової групи.

Ключовими підвалинами подолання проявів ейджизму мають стати процеси формування державних і недержавних форм соціальної допомоги людям похилого віку; інклюзія людей похилого віку до соціального життя кожного населеного пункту (добрим зразком у цьому напрямі є досвід Польщі). Посилення уваги до волонтерської допомоги людям похилого віку (приклад Англії). Підтримка процесу розвитку форм взаємодопомоги серед людей похилого віку (досвід Швеції). Позитивним кроком до ресоціалізації пенсіонерів є відродження інституту наставництва старшого покоління, діяльність гуртків та клубів за інтересами для молоді та старшого покоління, функціонування клубів за інтересами для тих кому за 50 років. Сприятиме переосмисленню ролі старшого покоління у житті суспільства пропаганда у засобах масової інформації здорової старості, нових підходів до продовження тривалості людського життя. Важливу роль у підтримці старшого покоління у їх наснаженні до життя відіграє волонтерське навчання молодих людей основам догляду за

людьми похилого віку. Потрібно також звернути увагу на освіту громадян, які старші 50 років, забезпечити пільгове здобуття ними додаткової освіти, це зробить їх затребуваними фахівцями на ринку праці.

Для запровадження вказаних заходів доцільно також організувати перенавчання населення держави, залучити до змісту цього процесу не лише наукові здобутки вітчизняних фахівців, але й кращі зразки зарубіжного досвіду.

Запропонований посібник піднімає актуалізує проблеми соціальної профілактики старості, соціального догляду та соціальної підтримки людей похилого віку. Сподіваємося, що він активізує подальше дослідження молодими людьми проблем старіння населення в Україні.

Тема 1. СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА І ПРЕДМЕТ

План

- 1.1 Суть і завдання соціальної роботи з людьми похилого віку
- 1.2. Соціальні способи пояснення феномену старіння
- 1.3. Геронтологія – наука про людей похилого віку

1.1 Суть і завдання соціальної роботи з людьми похилого віку

Старіння населення сьогодні аналізують як глобальну проблему людства. З метою привернення уваги до неї в Європі стали відзначати День людей солідного і поважного віку. Згодом це свято стало популярним у США, й з ініціативи Генеральної Асамблеї ООН 14-го грудня 1990-го року, резолюцією № A/RES/45/106, 1-го жовтня стали відзначати як Міжнародний день людей похилого віку. Однак його остаточне офіційне затвердження на міжнародному рівні було викликано не тільки його популярністю. Складним у економічному плані фактором відзначення свята стало зниження внесків в спеціальний Цільовий фонд з проблем старіння ООН, на тлі стрімкого старіння населення по всьому світу. Така проблема вимагає активізації зусиль науковців різних галузей з метою розробки нової ефективної моделі економічного добробуту суспільства у XXI столітті. Соціальна робота, опираючись на дані економіки, демографії, медицини, культурології сприятиме виробленню форм та методів створення благоприємного соціального середовища для старіючої людини.

Наше розуміння соціальної роботи з людьми похилого віку відображається в розумінні завдань професійної діяльності, яка здійснюється соціальними робітниками та спрямована на надання індивідуальної, групової, масової допомоги старим людям, їхнім сім'ям, які опинилися у скрутному становищі.

Ключовими напрямками такої діяльності за визначенням О. Безпалько, А.Капської вважаємо інформування, діагностику, консультування, пряму та фінансову допомогу, догляд та обслуговування хворих і самотніх людей, які потребують

допомоги, та їх орієнтацію на власну активність у вирішенні складних ситуацій.

Усі заходи соціальної роботи з людьми похилого віку спрямовані на відновлення їх здатності до нормального функціонування у суспільстві, створення для них умов, що сприяють фізичному виживанню та збереженню соціальної активності, покращенню соціального здоров'я. Основна діяльність соціального працівника у цьому напрямі спрямована на соціальну допомогу, соціальну реабілітацію, соціальне обслуговування, соціальну профілактику.

Зміст соціальної роботи з людьми похилого віку, за визначенням Є.Холостової складають заходи, що спрямовані на: сприяння старим людям у досягненні поставлених цілей і розкриття їхніх внутрішніх потенціалів, збереження, підтримання і захист нормального рівня життя і здоров'я людей; організація соціально значущої діяльності, у тому числі і добродійної.

Практика передбачає наявні технології, якими має оволодіти соціальний працівник для надання професійної допомоги. Імпонує підхід А. Капської до визначення технологій соціальної роботи. Відповідно до нього під технологіями соціальної роботи з людьми похилого віку ми розумітимемо сукупність прийомів, методів, що практикуються соціальними службами, закладами соціального обслуговування, соціальними працівниками для досягнення поставленої мети у процесі здійснення соціальної роботи, забезпечення ефективної реалізації завдань щодо соціальної допомоги людям похилого віку.

Провідними технологіями соціальної роботи з людьми похилого віку вважаємо: комунікативні; виконання конкретних соціально-організованих дій по відношенню до людини похилого віку; визначення потреб в одержанні матеріальної, натуральної, побутової допомоги та послуг цією категорією населення; соціального супроводу; соціальної адаптації та реабілітації людей солідного віку; психотехнології.

Комунікативна технологія реалізується за допомогою техніки володіння прийомами вербальних і невербальних контактів, слухання старшої людини, із збиранням об'єктивної інформації про неї, аналізу й оцінки ситуації, в якій вона

опинилася, розмежування об'єктивних і суб'єктивних труднощів життєдіяльності людини похилого віку.

Технологія виконання конкретних соціально-організованих дій по відношенню до людини похилого віку передбачає посередницьку діяльність у взаємодії людей похилого віку яким потрібна соціальна допомога у вирішенні проблем щодо освітніх, економічних, адміністративних, юридичних та інших питань їх життєдіяльності.

Технологія визначення потреб людей похилого віку в одержанні матеріальної, натуральної, побутової допомоги та послуг цією категорією населення передбачає оволодіння соціальними працівниками алгоритмом роботи у цьому напрямі. Основними етапами алгоритму у цьому напрямі є: налагодження взаємодії з людиною похилого віку; визначення рівня матеріального благополуччя; окреслення виду допомоги та шляхів її надання.

Реабілітаційна і адаптаційна технологія особливо популярні у роботі з людьми пенсійного віку та особами після перенесення важких серцевих захворювань та хвороб опорно-рухового апарату.

Психотехнології можна розглядати як допоміжний вид технологій та як окремий вид соціально-психологічної допомоги людині похилого віку.

Соціальний супровід людей похилого віку поєднує усі названі технології.

Дослідження практики соціальної роботи з людьми похилого віку засвідчує, що успішність тих чи інших технологій залежить від особистісних якостей та професійної підготовки спеціаліста. Інтегрований підхід до вивчення проблеми дозволив виявити особливості психологічної, педагогічної, юридичної підготовки, та вимоги до працівника, який працює з людьми похилого віку. Серед яких ключовими є:

- володіння знаннями психологічних, анатомічних, соціальних особливостей людей похилого віку; моделей старіння; виявлення та врахування у роботі відмітностей особистісного вікового, соціального характеру старих людей;

- оперування уміннями та навичками надання різних видів соціальної допомоги людям похилого віку;

-застосування на практиці умінь виявляти та долати негативні настрої щодо старих людей в суспільстві, старості взагалі, які впливають на клієнта та власне спеціаліста;

-приборкування у стосунках з людьми похилого віку агресії та ворожнечі;

-спостереження, розуміння та інтерпретація поведінки і стосунків між людьми похилого віку;

-навички вербального і невербального спілкування, листування;

-володіння навичками організації освіти та самоосвіти людей похилого віку;

-сприяння роботі з людьми похилого віку, її планування та контроль, залучення громадськості для вирішення проблем людей похилого віку.

Важливим є розуміння суті практичних умінь догляду за людиною похилого віку та опанування ними, а також дотримання у роботі з цією категорією принципів щодо людей похилого віку, які ухвалила у 1991 році Організація Об'єднаних Націй. Згідно з якими люди похилого віку повинні мати:

незалежність, тобто:

-доступ до відповідного вимогам житла, одягу та медичного обслуговування, харчування, води, у разі необхідності користуватися підтримкою з родичів та груп взаємодопомоги;

-можливість займатися прибутковими видами діяльності;

-брати участь у визначенні форм і термінів припинення трудової діяльності, а також у відповідних програмах професійної підготовки й освіти;

-можливість жити в умовах адаптованих з урахуванням особистих схильностей і наявних можливостей, які є безпечними;

-можливість поки можливо жити вдома.

Право на участь:

- люди похилого віку мають право на участь у політиці, яка забезпечує їх добробут, бути залученими до суспільного життя, і передавати свій досвід молодому поколінню; люди похилого віку можуть працювати на громадських засадах відповідно до їхніх можливостей, інтересів;

-люди похилого віку мають можливість створювати асоціації осіб похилого віку.

Право на догляд:

-відповідно до моральних цінностей суспільства люди похилого віку потребують забезпечення сімейним та громадським доглядом;

-старенькі для підтримання або відновлення оптимального рівня фізичного, психічного та емоційного благополуччя та з метою попередження або стримання початку періоду нездужання повинні мати доступ до медичного обслуговування;

-для підвищення незалежності, люди похилого віку, претендують на доступ до правових і соціальних послуг;

-люди похилого віку мають право на послуги геріатричних установ, що професійно провадять реабілітацію, соціальне і психологічне стимулювання, захист цієї вікової категорії;

-люди похилого віку перебуваючи в установах для проживання чи догляду мають право на користування громадянськими правами.

Можливості для реалізації внутрішнього потенціалу:

-люди похилого віку повинні забезпечуватися можливістю для всебічної реалізації свого потенціалу;

-після досягнення 60 років особи мають мати доступ до можливостей суспільства у сфері духовного життя і відпочинку, освіти, культури.

Право на відстоювання власної гідності:

-люди похилого віку повинні не піддаватися експлуатації та фізичному або психічному насильству; мати можливість вести гідний і безпечний спосіб життя.

- незалежно від віку, статі, расової або етнічної належності, інвалідності або іншого статусу люди похилого віку мають право на справедливе до них ставлення.

Метою вивчення навчальної дисципліни «Соціальна геронтологія» вважаємо формування у студентів професійної готовності до соціальної діяльності з людьми похилого віку.

Для її реалізації викладачу і студентам доцільно вирішити такі завдання:

-формування професійної спрямованості на роботу з даною категорією населення.

-Набуття необхідних знань, які відображають основні компоненти діяльності соціального працівника з людьми похилого віку.

-Оволодіння професійними вміннями у даному роді професійної діяльності та постійне підвищення кваліфікації.

-Під час навчання оволодіння актуальними знаннями про соціально-економічні, медичні та психологічні, педагогічні проблеми людей похилого віку; зміст та напрями соціальної роботи з такими людьми; знаннями про механізми і методики соціальної адаптації та реабілітації людей похилого віку.

-Формування вміння вивчати проблеми клієнта у зв'язку з соціальною ситуацією, аналізувати та оцінювати рівень потреб літньої людини у соціальній допомозі.

-Опанування основними методами та технологіями провідних напрямів соціальної роботи з людьми похилого віку: соціальна допомога, соціальне обслуговування, соціальна реабілітація, соціальна профілактика, навчання.

-Через застосування методу ігрового проектування формування індивідуального стилю роботи з людьми похилого віку.

Розвиток соціальної геронтології як науки і навчальної дисципліни сприятиме успішній соціалізації людей похилого віку в суспільстві, подоланню ейджизму щодо вікової категорії; вирішенню проблем людей похилого віку та підготовки кваліфікованих соціальних працівників до роботи з старіючою групою населення. А це в свою чергу забезпечить соціальне включення цієї групи осіб; реалізацію їхнього права на самореалізацію у різних галузях життя та сімейному середовищі, зменшення соціальної напруги та конфліктів в середовищі.

1.2. Соціальні способи пояснення феномену старіння

У поясненні феномену старіння доцільно звернути увагу на офіційне визначення старіння та характеристики осіб, яких наука відносить до категорії «старих». Хоча у наковій думці немає однозначного підходу до визначення хронологічних рамок цього вікового періоду. Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я до людей похилого віку належить населення у

віці 60-74 роки, до старого – від 75 до 89 років, а до довгожителів – 90 років і більше.

Відома також думка, що похилий вік починається з 61 року в чоловіків і з 56 років у жінок, а старечий вік у чоловіків та жінок починається з 75 років. Люди віком 100 і більше років – довгожителі. За визначенням А. Мудрика літній вік охоплює 55-65 років, старість – 65-75 років, довголіття понад 70 років. На означення старіння вживають поняття «третього» і «четвертого» віків.

Вивчення вікових змін у старості та їхнього впливу на становлення особистості маємо у працях Е. Еріксона, А. Капської, Л. Орбан-Лембрик, Р. Павелкова, І. Танчина, Л. Тюпті, Є. Холостової, В. Шахрая. Викликає інтерес обгрунтована Е. Еріксоном концепція восьми віків людини, згідно з якою соціалізація людей триває все життя і особливу роль вона відіграє для людей похилого віку. Провідний фахівець у сфері соціальної роботи А. Капська розглядала напрями та завдання соціальної роботи з людьми похилого віку, а також проблему самотності в цей період людського життя. Л. Орбан-Лембрик досліджувала наявність вторинної соціалізації й особливості її протікання. Детально описав новоутворення людей похилого віку Р. Павелків. Кризові моменти вторинної соціалізації, що має місце у похилому віці детально схарактеризовані І. Танчин. А стереотипи стосовно старих людей та шляхи їх подолання вивчені Л. Тюптею. Імпонують комплексні соціальні дослідження стосовно старих людей зроблені Є. Холостовою.

У зарубіжній геронтології поширені чотири основні критерії старіння, які в 60-ті роки ХХ ст. були запропоновані відомим геронтологом Б. Стрехлером. Перший критерій полягає у визнання універсальності і неминучості старіння людини; другий – культивує прогресуючий безперервний процес старіння; третій – визначає старіння як властивість будь-якого живого організму; четвертий критерій обгрунтовує старіння як дегенеративний процес розвитку організму.

У сучасній медицині розрізняють нормальне, або фізіологічне, і передчасне старіння. На ці різновиди старіння звертали увагу І. Мечніков, І. Давидовський, В. Фролькіс, М. Амосов.

При фізіологічному старінні зміна основних фізіологічних систем організму відбувається відносно плавно. Людина до глибокої старості зберігає фізичну і розумову активність, інтерес до навколишнього світу. Зазвичай виражені ознаки фізіологічного старіння – це зміни психіки, зниження працездатності, зовнішнього вигляду та інше, що з'являються у людини після 60 років. Адаптивні можливості старіючого організму визначають темп і характер старіння. Істотну роль в цьому відіграє спадкова конституція тіла людини. Довголіття, тобто уповільнення процесів старіння, передається в деяких сім'ях з покоління в покоління (наприклад, у селищі Пердасдефогу, яке знаходиться на італійському острові Сардинія, живе найбільша у всьому світі сім'я довгожителів. Сумарний вік братів і сестер з родини Меліс складає 819 років). Характер старіння передається спадково вибірково. Так, у представників однієї сім'ї найбільш помітні вікові зміни можуть виявитися, в першу чергу, в ендокринній системі, у представників іншої – серцево-судинній і т. д. З генетичними особливостями пов'язують і повільніше, в порівнянні з чоловіками, старіння у жінок (середня тривалість життя жінок в розвинених країнах на 4-11 років більше, ніж у чоловіків).

Перенесені раніше захворювання, несприятливі чинники навколишнього середовища, шкідливі звички, зокрема куріння, зловживанням алкоголем зумовлюють передчасне старіння. Адаптивні можливості організму знижуються або перекручуються через нераціональне харчування і шкідливі звички, сприяючи тим самим розвитку хвороб, властивих старечому віку. Наслідком прискорення процесу старіння є передчасна старість. Окремі дискусії з питань передчасного старіння зумовлені розвитком сучасної науки та її історичною спадщиною. Так, відомий геронтолог І. Давидовський, вважав, що старість завжди своєчасна. Вона не може бути ранньою або пізньою. Вчений В. Фролькіс визначає старість як період скорочення адаптивних можливостей організму. Аналізуючи фундаментальні механізми старіння він показує тенденції саморегуляції, які протидіють процесам руйнування і спрямовані на стабілізацію життєдіяльності та збільшення тривалості життя.

Аналіз думок вчених довів, що переважаючою є думка: групу людей 60-75 років, які характеризуються більшою чи меншою мірою втратою можливостей матеріального забезпечення і майже повним збереженням здатності до самообслуговування, ми можемо розглядати як людей похилого віку. А уже іншу вікову групу – людей віком 75-80 років і старших, з повною чи частковою втратою здатності до самообслуговування чи працездатності, назвати «старими людьми».

Імпонує підхід висловлений А. Бойко, Н.Бондаренко. Вони розглядають старіння людини як процес, що вимагає аналізу трьох компонентів, що відображують зміст старіння: соціального, біологічного та психологічного. При цьому критеріями соціального старіння визначають зміну способів поведінки, статусів, ролей. Тобто має місце так званий підхід «виходу з гри», що описується в геронтологічній літературі як процес послідовного руйнування соціальних зв'язків. Об'єктивними його проявами є погіршення стану здоров'я старих, втрата соціальних ролей, зниження прибутків, а також втрата близьких людей. Порушення соціальних зв'язків кожна особистість переживає по різному. Часто мають місце усвідомлення власної непотрібності, звуження спектру інтересів, зосередженість на собі.

Біологічне старіння вирізняється зростанням вразливості організму і підвищеною ймовірністю смерті. В контексті біологічного підходу актуальна теорія основоположників радянської геронтології І. Мечнікова й О. Богомольця. Вчені розглядали старіння як порушення гармонії фізіологічних процесів, а І. Мечніков обґрунтовував теорію старіння як інтоксикацію організму.

Психологічне старіння проявляється у складнощах чи недоречностях вибору способу адаптації до процесів старіння, нових стратегій організму в подоланні життєвих труднощів.

За холістичного підходу до аналізу старіння враховують більше компонентів, а саме: біологічний, календарний, хронологічний, духовний, сексуальний, психологічний, соціальний. Відповідно до теорії вчених деградація людини у сексуальному, психологічному, соціальному чи духовному плані

неминуче позначається на біологічному існуванні особистості, викликає проблеми у спілкуванні з іншими та веде до старіння.

Сьогодні соціальна робота з людьми похилого віку, для того щоб надати більш кваліфікований догляд і допомогу, бере до уваги: молекулярно-генетичну теорію старіння, в обґрунтуванні якої, основною причиною старіння визначено старіння генетичного апарату клітини. Вартими уваги є теломерна, елеваційна, адаптаційно-регуляторна, вільних радикалів теорії старіння. Теломерна теорія розроблена Л. Хейфликом в Америці. Учений установив, що людські клітини шкіри, здатні до поділу, у його дослідах вони ділилися до 50 разів. Ця теорія не прижилася через критику колег вченого. Елеваційна теорія старіння ключовою причиною старіння визначає вікове зниження чутливості гіпоталамуса до регуляторних сигналів, що надходять від нервової системи і залоз внутрішньої секреції. Адаптаційно-регуляторна теорія обґрунтована у 1970-х рр. В.Фролькісом. Згідно цієї теорії смерть і старість генетично запрограмовані. Теорія вільних радикалів розглядає причиною порушення функціонування клітин радіацію. Вплив радіації викликає мутацію клітин, а це призводить до старіння організму в цілому. Теорія апоптозу, розроблена В.Скулачовим. Учений аналізує старіння організму як теорію запрограмованої смерті клітини.

Щоб впливати на старіння населення та з метою пропаганди активної старості доцільно звернути увагу на соціальні моделі тлумачення старіння. Серед них виокремимо: дефіцитарну теорію, теорію відчуження, теорію активності, теорію субкультури, теорію вікової стратифікації. Дефіцитарна теорія старіння розглядає старіння як процес, що характеризується руйнівними наслідками для людини похилого віку. В першу чергу ці руйнації позначаються на емоційній та інтелектуальній сфері особистості. Негативні зміни організму ведуть до зниження активності, та появи занепалості і неповноцінності людини похилого віку. Такі прояви часто спонукають науковців розглядати старість як хворобу, яка не може стати об'єктом терапевтичного лікування. Теорія відчуження (звільнення), вимагає від старих людей відійти від соціальних систем у яких вони були в молоді роки та знижувати спілкування з іншими людьми. Таким чином, поза суспільством, що представлене

соціальними інститутами, людина похилого віку готується до переходу до смерті. Відповідно до цієї теорії, відчуження людей похилого віку є неминучим. Старі відходять від тих ролей, які вони займали, тому що потрібно забезпечити місце для самореалізації молодим. Теорія відчуження в відгуках критиків названа «нелюдською», але є й такі вчені, яких вона нашттовхнула на пошуки нових перспектив для самореалізації людини похилого віку. Більш детальний аналіз цієї теорії вимагає звернення до філософії. Т. Гобс під відчуженням розумів девідуалізацію соціальних відносин, в результаті чого до держави переходили права особистості. Л. Фейєрбах розглядав Бога як відчуження людської сутності, що протиставляється людині. Такий же підхід до пояснення процесу маємо у роботах М. Гесса, присвячених політиці та економіці. Відомий економіст К. Маркс розглядав відчуження як стан людини, коли усе що вона витворила повертається проти неї, проходить втрата контролю людини над продуктами її діяльності. Чим більше людина зробила за життя тим більше відчуження її супроводжує.

Передова наука альтернативою цієї моделі визначає концепцію «торжествуючої» чи благопочної старості. Центральною темою концепції є принцип діяльності і активності людини похилого віку, створення умов що максимально полегшували б в емоційному плані процес старіння. Прихильники теорії звертають увагу на доцільність збереження потреб і бажань людини похилого віку, стилю життя та цінностей, що притаманні для неї. У нинішній період набуває поширення теорія активності старих людей. Автори розробки наполягають на доцільності створення у суспільстві умов для підтримання доброго самопочуття людини похилого віку її морального благополуччя та позитивної самосвідомості. Впровадження теорії у практику культивує активне життя старих людей, створення робочих місць для них, забезпечення умов для реалізації внутрішнього потенціалу.

Добре відомими є теорія субкультури та теорія вікової стратифікації. Їх автори розглядають людей похилого віку як представників певної субкультури, яка має норми, цінності та правила життя, що відмітні від соціальних. Разом з тим теорія вікової стратифікації підкреслює доцільність опори у соціальному

житті на індивідуальні можливості людей похилого віку. Залежно від індивідуальних особливостей людини похилого віку пристосування до старості у них проходить по-різному. Сангвініки, правило, обирають: конструктивну позицію. Вони приймають старість як природне явище, як факт, що завершує її професійну кар'єру; оптимістично ставляться до життя, шукають розваг і контактів з людьми, готові допомогти їм, розсудливо сприймають наближення смерті. Залежна позиція, характерна для меланхоліків та флегматиків. Вона властива людям, які протягом життя не зовсім довіряли собі, були слабовільними, пасивними. Старіючи, особи активно шукають допомоги, визнання, а не одержуючи їх, почувають себе нещасливими. Захисна позиція, притаманна холерикам. Ця позиція формується у людей з підвищеною здатністю до спротиву обставинам, ізоляції від них. Вони не прагнуть до зближення з рідними, часто відмовляються від них. Позиція ворожості до світу часто характеризує людей похилого віку, що мають набуті травми нервової системи. Полягає позиція у невдоволенні, схильності звинувачувати навколишніх і суспільство у життєвих негараздах. Такі люди підозрілі, агресивні, нікому не вірять, не хочуть від когось залежати, відчувають відразу до старості. Позиція ворожості до себе і негативного ставлення до свого життя може відображати світогляд осіб з різними типами темпераменту. Вона найбільш характерна для лідерів молодого життя, тих хто практикував здоровий спосіб життя, займався спортом. Виражається ця позиція у пасивності, втраті інтересів й ініціативи, поганому настрої та фаталізмі. Такі люди почувають себе самотніми та непотрібними, а своє життя вважають невдалим. До смерті вони ставляться як до порятунку від існування.

Відповідно до теорії вікової стратифікації покоління людей похилого віку різняться життєвим досвідом та культурними цінностями, ідеалами. Набутий життєвий досвід людина може реалізувати після виходу на пенсію, виконуючи улюблену роботу. Це призупинить у неї розвиток психологічних проблем та сповільнить процес старіння, сприятиме подоланню фрустрації свідомості (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що перешкоджає меті), змінить песимістичні погляди на життєві перспективи, сприятиме переосмисленню

негативного ставлення до нинішньої влади (мовляв раніше життя було краще) на позитивне, зумовить активну позицію щодо впливу на політичне життя країни. Матиме сприятливий вплив на уявлення людини похилого віку щодо життєвих стандартів, маргінальності, бідності.

Хоча, доцільно підкреслити, що люди у старості спокійніше роздумують про смерть, ніж відносно молоді. Думки про неї навідуються часто, але вже не викликають такої тривоги як раніше. Головне для них, щоб процес умирання був не тривалим і не болісним. Цій категорії людей властива висока прихильність загальним і груповим нормам, традиціям, висока оцінка почуття відповідальності, самопожертви і нестандартне ставлення до матеріальних цінностей.

Між негативними та ідеалістичними підходами до обґрунтування механізмів старіння є спроби вчених зробити оцінку старості у порівнянні з молодістю. Критеріями при цьому обрано стан здоров'я, активність, вільний час, цінність прожитого дня. Проведені дослідження переконують, що за показниками наявності вільного часу, активності, усвідомлення цінності прожитого дня старші люди лідирують.

Мудрість, властива людині, яка довго прожила на землі, може бути наймогутнішим стимулом і фактором розвитку суспільства. Індивідуальна мудрість людини похилого віку, зведена в колективну, зростає, доповнює соціальний розвиток суспільства новими якісними характеристиками. Вона знаходить своє втілення в економіці, політиці, етиці, моралі і соціальному розвитку. Коли суспільство це усвідомить, і стане з повагою ставитися до людей похилого віку тоді, стануть дійсною реальністю пророчі слова давньоримського політичного діяча і філософа Марка Тулія Цицерона про те, що міць людського розуму зможе перемогти старіючу плоть і подолати сучасні демографічні та макроекономічні проблеми.

При аналізі демографічних та макроекономічних показників беруться до уваги показники народжуваності, розподілу матеріальних ресурсів між представниками різних поколінь, ставлення до колективної відповідальності за забезпечення відповідних стандартів і якість життя літніх людей. У цьому розрізі старіння населення є причиною соціальних конфліктів,

оскільки з економічної точки зору старі люди є тягар для суспільства, причому затрати на їх утримання постійно збільшуються (теорія Штігліца). Ще у 1949 році особливе незадоволення викликала обставина, що сучасна цивілізація дозволяє слабким людям дозріти до літніх років, у результаті мільйони таких старих створюють небезпеку для виживання найбільш здібних. Штігліц вбачав у цьому порушення законів природи, розцінюючи потурання суспільства старим людям як «довговартуюче рицарство». Саме недомагання та хвороби старих людей, на його думку, є причиною бюджетної асиметрії та економічних труднощів. Молоді та зрілі члени суспільства можуть сприймати слова вченого по-своєму, але, таке ставлення до людей, які ще вчора створювали матеріальні та духовні блага видається цинічним. Адже, кожна працююча людина рік за роком створює більше, ніж споживає. З першої хвилини трудової діяльності людина починає повертати свій борг за роки до виробничого віку. Вже у 30-35 років людина повертає суспільству усі засоби, витрачені на її виховання і навчання, а протягом наступних 20-30 років професійного життя вона створює залишки, частину яких суспільство повертає у вигляді пенсій і безкоштовної охорони здоров'я.

Старіння також зумовлює істотні зміни у структурі сімейно-родинних відносин; у системі підтримки один одного різних поколінь; у характері вибору майбутньої професії, у структурі потенційної зайнятості.

Зміна демографічної структури позначається на ринку праці: змінюється співвідношення між розумовою та фізичною працею і ставлення суспільства до трудової діяльності; виникає необхідність перекваліфікації людей літнього віку; постає питання про професійну орієнтацію людей літнього віку. Змінюються пропорції зайнятості серед жінок і чоловіків, оскільки жінок літнього віку буває значно більше ніж чоловіків. У подальшому зміниться соціальний характер проблеми безробіття і уже сьогодні ми спостерігаємо нові підходи до її вирішення, наприклад, змінилися вікові межі виходу на пенсію. Економічні зміни торкнуться функціональних здібностей і стану здоров'я людей літнього віку, зокрема: розширяться їхні можливості функціонально використовувати набуті знання,

навички й уміння, а також можливості опановувати новими галузями фундаментальних і прикладних наук, новими професійними знаннями. Люди літнього віку стануть необхідним ресурсом на ринку праці і життєдіяльності суспільства як на макрорівні, так і на мікрорівні; зміняться потреби у догляді за людьми літнього віку й у споживанні соціальних послуг; передбачаються серйозні зміни, пов'язані з інтенсивністю, ефективністю і результативністю медичного і соціального обслуговування людей літнього віку.

Стратегія державної соціальної політики щодо вирішення цих проблем людей похилого віку передбачає орієнтацію на три елементи: селекцію, оптимізацію й компенсацію. Селекція має на меті активізувати основні стратегічно важливі складові елементів життєдіяльності літньої людини, що були втрачені у зв'язку з віком. Компенсація полягає у створенні додаткових джерел, що доповнюють вікову обмеженість в адаптаційному процесі людини похилого віку до умов суспільства, використання нових сучасних технік і технологій, що поліпшують пам'ять, слух, зір. Оптимізація передбачає сприяння людині похилого віку при допомозі кваліфікованого фахівця із соціальної роботи знайти для себе нові резервні можливості, оптимізувати своє життя як у кількісному, так і у якісному аспектах. Мова йде про те, щоб індивідуальні запити були приведені у відповідність з реальною дійсністю, що дозволило б індивіду випробувати почуття задоволення і контролювати своє повсякденне життя. Нині чимало людей похилого віку можуть жити незалежно від дорослих дітей, тобто зникає необхідність витрат суспільства на утримання цієї вікової групи, долаються негативні стереотипи соціальних працівників в Англії, Польщі, Німеччині, щодо виснажливості та монотонності роботи з людьми похилого віку.

На державному рівні проблема зумовила цілий ряд заходів. Наприклад, з метою впливу на ситуацію, що склалася в Україні у 2005 році було прийнято Концепцію демографічного розвитку на 2005-2015 роки. Доцільність і вчасність цієї програми була незаперечною. За висновками документа наявність людей літнього віку може стати фактором розвитку сучасного суспільства. Зміни життєвого курсу старіючого суспільства вимагатимуть збільшення різноманітних трудових та суспільно-

політичних ролей людей похилого віку. А можливості та здібності людей літнього віку приносити матеріальні і духовні блага суспільству і тим більше стати визначеним фактором його розвитку залежатимуть від того, чи готове суспільство змінити стереотипне ставлення до людей літнього віку і соціально захистити його.

Соціальні стереотипи стосовно людей похилого віку обґрунтовані К.Вінтором: усі старі люди схожі один на одного; люди старого віку соціально ізольовані; більшість з людей похилого віку має слабке здоров'я; звільнення з роботи породжує більше проблем для чоловіків ніж для жінок; більшість старих людей ізольовані від своїх родин, розумові якості з віком погіршуються.

Пропагуючи здорову старість, деякі дослідники негативно ставляться до спроб узагальнити особливості та потреби людей похилого віку. Вони вважають, що такий підхід порушує принципи соціальної роботи та живить соціальну установку, що дискримінує старість. Чи виражається у геронтофобії – формі ейджизму, що виявляється в неприязні до людей похилого віку, неприємних відчуттях при спілкуванні з ними, страху постаріти.

На противагу стереотипам щодо людей похилого віку російський науковець Є. Холостова пропагує здорову старість. Вона пояснює деградацію людини похилого віку в старості психологічними чи моральними потрясіннями, які вона переживає будучи в суспільстві. Вчена пропонує алгоритм соціальної роботи, що сприятиме частковому вирішенню цих проблем.

Запровадження алгоритму соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні передбачає трирівневу роботу: на рівні громади необхідно створити умови для самореалізації людей похилого віку, формувати в них впевненість у власних силах; на рівні родини – забезпечити поважне сприймання рідними старіючої особистості; на особистісному рівні – формувати в людини похилого віку позитивне сприймання старості та сприяти у тому, щоб вона успішно соціалізувалася, перейшовши до нового етапу свого життя.

1.3. Геронтологія – наука про людей похилого віку

Щоб успішно працювати з літніми людьми, соціальному працівнику потрібні знання соціально-психологічних основ геронтології, геронтопсихології та геріатрії – наук, що вивчають людей похилого віку.

Термін «геронтологія» походить з грецької «геронтос» – старіння і «логос» – наука. Тобто геронтологія це наука про старість і старіння. Вона вивчає процеси старіння із загальнобіологічних позицій, а також досліджує суть старості та вплив її на природу людини і суспільство. Або простіше визначення можна сформулювати так:

Геронтологія – наука, що вивчає закономірності старіння живих організмів, зокрема людини.

Основні поняття геронтології – «вік», «старіння», «довголіття», «безсмертя» – відображають людські уявлення про життєві процеси, а також сильне бажання жити довго. Розвиток геронтології здійснюється у трьох основних напрямках: експериментальному, клінічному, соціальному.

До структури геронтології входять геріатрія, герогігієна, геронтопсихологія, соціальна геронтологія. Геріатрія вивчає хвороби людей похилого віку, пов'язані з інволюційними змінами, а також особливості лікування та профілактики захворювань в літньому і старечому віці, Герогігієна досліджує питання загальної та спеціальної гігієни людей старших вікових груп. Геронтопсихологія вивчає психо-поведінкові особливості людей похилого та старого віку. Соціальна геронтологія досліджує проблеми включення людей похилого віку в суспільство.

Як кожна наука, геронтологія має свою історію, що передає експерименти у галузі продовження тривалості життя. Одною з найдавніших письмових згадок про продовження тривалості життя людини вважається міф про шумерського царя Гільгамеше (включений в епос у першій половині другого тисячоліття до н.е.), у якому розповідається, що Гільгамеше у пошуках безсмертя знайшов рослину, яка омолоджує тіло, але не зумів нею скористатися.

Практичні рекомендації з продовження тривалості життя можемо знайти у творах древньоєгипетських і древньоіндійських

авторів. Для продовження тривалості життя єгиптяни використовували у великій кількості часник. Єгипетський фараон Рамзес II радив для продовження тривалості життя жувати тютюн. Сам завдяки цьому дожив до 95 років.

Чотири тисячі років тому на Тибеті древні тибетські лікарі рекомендували щоденно приймати декілька капель алкоголю, настояного на часнику. У той же час асирійці вважали, що людське життя продовжується на той відрізок часу, який людина провела на рибалці. Свої міркування вони підтверджували тим, що час, проведений за рибалкою, не зараховується у загальну тривалість життя, відмірену людині Богами.

Перші цілеспрямовані, систематичні спроби досягти мети продовження життя достовірно зафіксовані у древньому Китаї у даосів. У старій медичній книзі «Ней дцин» (4 тис. років тому до н.е.) є багато роздумів про старіння. Правда часто спроби досягти безсмертя або хоча б омолодитися, призводили у Китаї до зворотнього результату. У даосизмі для продовження тривалості життя існували наступні позиції: медитація; техніка затримки дихання. Даоси вважали, що через дихання проводився зв'язок між людиною і божеством, а контроль процесу дихання означав контроль над духом. Важливим елементом переліку чинників продовження життя у даосів була дієта – її основу складали малокалорійні продукти рослинного походження; спеціальні гімнастичні вправи; сексуальні техніки. У древньому Китаї вважали, що даоські монахи володіють таємницею елексиру вічного життя, здатного перетворювати одні речовини у інші, наприклад, ртуть у золото, смертну людину у безсмертну. Особливе місце відводили методу мокса, що передбачав вплив великих температур на певні ділянки тіла з метою їх омолодження.

Відношення древніх греків до проблеми продовження життя було неоднозначним. З одного боку, воно було фаталістичним – все у світі визначено, людина не може впливати на тривалість життя. Це було відображено у міфах, де навіть Боги не мали впливу на тривалість життя. З іншого боку, є свідчення, що греки вважали окремі засоби, які здатні продовжити тривалість життя. Наприклад, у міфах таким засобом вважали вогонь, який робив людське тіло безсмертним. Приблизно у той же час у Китаї і

Греції зароджується герокомія – напрям, пов'язаний з можливістю досягнення здорової старості за допомогою помірності у всьому. Цей напрям дістав розвиток у Древньому Римі.

Ще у II столітті відомий лікар Гален стверджував, що старість є не хвороба, а певний стан організму, коли у ньому відбуваються порушення рівноваги. Він вважав, що саме старість є межею між хворим і здоровим організмом, що бути старим не означає бути хворим. У Древньому Римі для продовження тривалості життя використовували незвичні методи. Наприклад, старі, кидалися на арену після бою гладіаторів, щоб умитися молодією кров'ю загиблих.

Починаючи з Геракліта (кінець VI – початок V століття) старіння пояснювалося як втрата внутрішнього тепла і вологи. Тепло було синонімом енергії, а згідно з сучасними теоріями, в основі старіння дійсно може бути погіршення здатності клітини до вироблення енергії, внаслідок накопичення молекулярних пошкоджень.

У роботах Гіпократів, Аристотеля, Цельса для збереження тепла і вологи рекомендували дієту, помірні фізичні вправи, масаж, водні процедури. Важливе місце у герокомії відводили турботі про людей похилого віку – герогігієні. Більшість з цих методів дійсно корисні для досягнення здорової старості, хоча вони не можуть продовжити тривалість життя на довго.

Гіпократ (460-377рр. до н.е.) у своїх афоризмах і трактатах висловлював погляди на причини старіння і давав поради зі здорового способу життя. Древній грек Ерасістрат рекомендував свій засіб продовження земного життя: 3 каплі хорошого вина додавати в їжу, навіть у молоко. Асклепід захоплювався промиванням шлунка, радив масаж живота, баню, заняття гімнастикою, обмеження у їжі.

Учені середньовіччя теж займалися питаннями, пов'язаними з продовженням тривалості життя. Англійський філософ Р.Бекон (1214-1294) вважав, що коротке життя не норма, а відхилення від неї. Для продовження тривалості життя рекомендував золото, ладан, жемчуг, зміїне м'ясо, дихання дівчат.

У XIX – XX століттях піонером пошуку методів продовження тривалості життя на основі еволюційних уявлень

про природу старіння був І. Мечніков (1845-1916). Він прийшов до висновку, що людина скоротила своє життя через отруєння ядами. Тому для продовження тривалості життя рекомендував вживати кисломолочні продукти.

У подальшому ідею активної профілактики раннього старіння як наукову проблему успішно розвивали І.Павлов, О.Богомолець, О.Нагірний, Д.Чеботарьов.

Другим напрямом продовження тривалості життя людини у ХХ столітті були експерименти щодо використання екстрактів статевих залоз. Вчені вважали, що стимуляція статевої функції може привести до продовження тривалості життя. Виникнення інтересу до цього методу пов'язано з іменем французького фізіолога Ш.Броун – Секара, який вводив собі для омолодження, правда після дослідів на тваринах, ін'єкції витяжки із сім'я собак і кролів. Після цього він помолодшав на 30 років. Також відомий метод «клітинної терапії» швейцарського лікаря П. Ніханса, який використовував для омолодження тканинні екстракти, у тому числі ембріональні.

Одним із варіантів продовження тривалості життя вважалося вживання людської крові. О.Богданов вважав, що старіння пов'язано з випадковими порушеннями діяльності окремих органів, які послаблюють окремі ланки організму. Таким чином, впливаючи на слабкі ланки, наприклад, на кровоносну систему, можна продовжити тривалість життя. У якості впливу на неї він обрав переливання крові від однієї людини до іншої.

На думку відомого геронтолога О. Боггомольця, провідна роль у старінні належить не лише крові, а взагалі всій з'єднувальній тканині організму. Методом боротьби зі старінням стала активація функцій з'єднувальної тканини шляхом введення антитіл.

Особлива заслуга у розвитку геронтології належить вченому зі світовим ім'ям В. Фролькісу. Його дослідження щодо сутності старіння організму не мають аналогів у світі. На думку вченого, будь-яка жива система має свій строк життя. Старіння треба сприймати як нормальний, природний, багатопричинний процес. Геронтологія ставить завдання не лише додати роки до життя, а й життя до років. Вплинути на темп старіння – означає відсунути термін виникнення нової патології.

У 1958 році в СРСР було створено Інститут геронтології, який організовував і координував всі дослідження у галузі геронтології. Вирішенням проблем старіння займаються закордонні інститути геронтології в Бухаресті, медичні університетські клініки у Берліні і Лейпцигу, інститут для біологічних досліджень США. У 1963 році у Радянському Союзі діяло Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів і геріатрів, яке у 1966 році ввійшло у Міжнародну асоціацію геронтологів.

Проблеми людей похилого віку постійно турбують світову спільноту. Наприклад, у 2002 році в Мадриді відбулася Друга Всесвітня асамблея з питань старіння. У обговоренні питань старіння взяли участь і представники з України. Результатом зібрання стало прийняття так званого «Мадридського» плану, який передбачає створення сприятливого середовища, що підтримує людину похилого віку. Прийнята на асамблеї політична декларація, зобов'язувала країни-учасниці розглядати старіння як один з найважливіших пріоритетів у своїх національних політиках. Розроблено європейську стратегію з втілення Мадридського плану. Міністерством соціальної політики схвалено Стратегію державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року, а також обґрунтовано план заходів щодо її реалізації. Вони спрямовані на врегулювання питань соціального захисту людей похилого віку, захисту їхніх майнових прав, забезпечення умов для довголіття. В умовах поширення COVID19 фіксуємо скорочення середньої тривалості життя в Україні до 69 років. У зв'язку з цим Міністерство соціальної політики спрямовує діяльність соціальних служб, що обслуговують людей похилого віку на забезпечення цій віковій категорії доступу до послуг профілактики цієї хвороби і підтримки тих, хто уже захворів. Рекомендовано комплексний план заходів, який торкається питань підтримки доходів пенсіонерів, створення соціальних сервісів для їхнього обслуговування, можливість отримання соціальної допомоги вдома. Сьогодні проблеми геронтології висвітлюються у більш ніж 20 журналах, які видаються у Європі. В Україні у місті Києві діє Інститут геронтопсихології. У ньому ведуться пошуки нових технологій продовження тривалості

життя людини. Нові біохімічні відкриття у галузі геронтології дають змогу продовжити вік молодості. Отже, людська раса якісно покращиться і стане сильнішою.

Запитання до теми:

1. Що таке старіння?
2. Які вікові межі людей похилого віку? За якими критеріями їх визначають?
3. У чому суть соціальної роботи з людьми похилого віку?
4. Які вчені долучилися до розробки теорій старіння?
5. Які теорії старіння Вам відомі?
6. Яка з теорій старіння Вам найбільше імпонує? Чому?
7. Розкажіть про пошуки продовження тривалості життя?
8. Які з відомих Вам технологій продовження життя практикуються людьми похилого віку сьогодні.
9. Заповніть таблицю:

Проблеми людей похилого віку	Перспективні шляхи подолання проблем людей похилого віку

10. Напишіть доповідь на тему: «Сприяння соціальному розвитку геронтологічних досліджень»

11. Використовуючи інтерактивний метод «Акваріум» обговоріть проблему: «Практична реалізація принципів ООН стосовно людей похилого віку в Україні». Обговорення проводьте за схемою: принцип – реалізація на практиці.

Тема 2. СОЦІАЛЬНА ГЕРОНТОЛОГІЯ

План

- 2.1. Суть соціальної геронтології
- 2.2. Правова основа соціального захисту людей похилого віку
- 2.3. Основні соціальні інститути з надання послуг людині похилого віку
- 2.4. Соціальний захист людей похилого віку у Чернівцях і області

2.1. Суть соціальної геронтології

Важливою галуззю геронтології є соціальна геронтологія. Вона займається проблемами підвищення якості життя старих людей, розвитку служб здоров'я для людей похилого віку, культивує ідею створення такого життя, щоб у ньому знайшлося місце для старих людей.

Виділяють три напрями досліджень соціальної геронтології як науки:

- Вивчення впливу старості на особистість, на зміну цінностей, потреб людини, її поведінку, спосіб життя в старості.
- Дослідження становища людини похилого віку у групі, взаємодія у сім'ї, колективі, з друзями, а також вивчення специфіки груп, які складаються з людей похилого віку.
- Пізнання життя людей похилого віку в суспільстві. Люди похилого віку розглядаються як певна демографічна спільність, що впливає на соціальні процеси і сама є під впливом соціальних процесів.

Одним з перших дослідників соціально-психологічних аспектів старості вважають американського вченого Дж.Холла. Виданням монографії «Старіння, остання половина життя», що вийшла друком у 1922 році він започаткував новий напрям досліджень у геронтології – соціальний. Тому батьківщиною соціальної геронтології вважаються США. Учені країни у 1930-і роки ХХ століття вели активні дослідження щодо шляхів подолання економічних та соціально-психологічних труднощів старих людей. Результатом наукових пошуків стали: організація Американської асоціації захисту старості (1928р.), розробка програми навчальної дисципліни «Соціальна геронтологія» та її апробація в середині 60-х років ХХ століття у Мічиганському університеті. У наш час США вважаються центром теоретичної соціальної геронтології. Першочерговим завданням центру є підготовка соціальних геронтологів, які повинні знати і розуміти процеси старіння, пропонувати реальні заходи для підвищення соціальної захищеності старих людей.

Значимою характеристикою старості у соціальній геронтології є соціальний статус – показник становища людини в ієрархії суспільства.

Він включає у себе стать, професію та становище, календарний вік.

Соціальний статус старої людини визначається:

- її професійною активністю особистості, її індивідуальними можливостями;
- інтересами людини поза межами трудової діяльності;
- фізичною активністю громадянина, яка відповідає стану здоров'я, умовами і способом життя.

Існує точка зору що соціальне довголіття залежить від від життєвого шляху та соціального статусу. Це питання детально вивчали О. Богомолець, О. Нагорний, Н.Сачук, П.Урланіс. Економічні та правові аспекти системи соціального забезпечення старих людей були предметом вивчення В.Андрєєва . Питання професійної працездатності профілактики передчасного старіння, трудової реабілітації знайшли своє висвітлення у роботах А.Дискіна, В.Крижанівської, І.Кулак. Науковці підкреслюють що соціальний захист є важливою частиною соціального догляду людей похилого віку.

2.2. Правова основа соціального захисту людей похилого віку

Соціальний захист – невід'ємна складова політики держави, відповідальної за добробут, розвиток і безпеку своїх громадян. Це той чинник, від ефективності якого залежить цивілізаційний розвиток будь-якого суспільства.

Термін «соціальний захист» виник в середині ХХ ст. і з того часу широко застосовується в міжнародно-правових актах та зарубіжній юридичній практиці.

Його активне вживання пояснюється кардинальними змінами у соціальній політиці, після Другої світової війни та розумінням керівництва країн необхідності систематизувати різноманітні інститути соціальної сфери.

Поширеною є думка, що виникнення терміну і поняття «соціальний захист» пов'язане із прийняттям закону США про соціальний захист (Social Security act) у 1935 році. Президент США Франклін Рузвельт, назвав новий законодавчий акт «наріжним каменем у системі, яка будується зараз, але у жодному разі не завершується». Однак є й інші точки зору щодо

виникнення цього поняття. Як зазначає Гай Перрін, попри те, що цей термін уперше вжито у США, концепція системи соціального захисту сповна була втілена в новозеландському законодавстві 1938 року. Н. Болотіна стверджує, що пріоритет у запровадженні поняття належить Росії – 31 жовтня 1918 року РНК затвердила Положення про соціальне забезпечення трудящих. У будь-якому разі можна стверджувати, що від 30-х рр. XX ст. термін «social security» став загальноновживаним. При цьому термін «security» вживається нами в значеннях: «безпека», «охорона», «захист», «забезпечення», «гарантування».

Так, В.Шайхатдинов вважає, що поняття «соціальний захист» охоплює діяльність держави й органів місцевого самоврядування, громадських організацій, підприємств по створенні сприятливого для людини навколишнього середовища, охороні материнства і дитинства, наданні допомоги родині, охороні здоров'я громадян, професійній підготовці громадян, забезпеченні зайнятості населення, охороні праці, регулюванню заробітної плати і доходів населення, наділенні громадян житлом, регулюванні права власності громадян, матеріальному обслуговуванню і забезпеченню непрацевдатних й інших нужденних у соціальній підтримці громадян. Є.Мачульська розрізняє соціальний захист у широкому та вузькому сенсі. Науковиця під «соціальним захистом» у широкому сенсі розуміє діяльність держави, спрямовану на забезпечення процесу формування і розвитку повноцінної особистості, на виявлення і нейтралізацію негативних факторів, що впливають на особистість, на створення умов для її самовизначення і утвердження в житті. У вузькому сенсі «соціальний захист» вона пояснює як сукупність законодавчо закріплених економічних і правових гарантій, що забезпечують дотримання найважливіших соціальних прав громадян і досягнення соціально прийняттого рівня життя.

За точкою зору І.Сироти, термін «соціальний захист» відноситься до функцій держави та означає комплекс заходів матеріальної підтримки непрацевдатних, найменш захищених громадян. Потрібно зазначити, що таке розмаїття думок стосовно терміну «соціальний захист» викликане, по-перше, певною новизною цієї категорії для національної науки і практики, по-

друге, актуальністю питань, пов'язаних із соціальним захистом населення. І.Титаренко, Н.Іваненко під соціальним захистом у загальному сенсі розуміють діяльність держави щодо встановлення та забезпечення соціально-економічних і соціально-культурних прав громадян. Це і охорона здоров'я, і забезпечення житлом, і здобуття освіти, й охорона материнства та дитинства, і матеріальне забезпечення непрацевдатних й інших потребуючих підтримки громадян, і соціальне обслуговування тощо. Під соціальним захистом у вузькому сенсі вчені розглядають сукупність нормативно закріплених гарантій спрямованих на вирівнювання положення громадян з іншими членами суспільства у випадках настання соціальних ризиків.

Ми розглядаємо соціальний захист людей літнього і старого віку – як комплекс соціальних і економічних, а також правових гарантій для громадян похилого віку, що ґрунтується на принципах поваги і милосердя з боку держави.

Основна мета соціального захисту літніх і старих людей – позбавлення їх від абсолютних злиднів, бідності, надання конкретної допомоги. Соціальна допомога літнім і старим людям – це забезпечення в грошовій чи натуральній формі, у вигляді послуг чи пільг, наданих з урахуванням законодавчо встановлених державою соціальних гарантій із соціального забезпечення.

Правову основу соціального захисту самотніх непрацевдатних громадян становлять міжнародні документи, Конституція України, закони України ухвалені Верховною Радою України, а також інші нормативно-правові акти, видані на виконання відповідних законів.

Безперечно, спрямовуючим чинником соціальної роботи з людьми похилого віку є принципи стосовно людей похилого віку, визначені ВООЗ.

Згідно зі ст. 23 Європейської соціальної хартії (переглянутої) право осіб похилого віку на соціальний захист має гарантуватися зобов'язаннями Сторін, самотійно або у співробітництві з громадськими чи приватними організаціями, вживати відповідних заходів або заохочувати відповідні заходи, зокрема для надання особам похилого віку можливості якомога довше залишатися повноцінними членами суспільства. З цією

метою культивується забезпечення достатніх ресурсів, які б давали їм змогу жити на задовільному рівні та брати активну участь у суспільному, соціальному і культурному житті; надання інформації про послуги і програми, які є для осіб похилого віку, а також про можливості їх використання такими особами. наділення таких осіб можливістю вільно обирати спосіб свого життя і незалежно жити у знайомому для них оточенні так довго, як вони забажають і зможуть, шляхом створення житла, пристосованого до їхніх потреб і стану здоров'я, або через надання належної допомоги для реконструкції їхнього житла. Забезпечення медичного обслуговування та послуг, яких вимагає їхній стан здоров'я; гарантування особам похилого віку, які проживають у будинках для престарілих, відповідної допомоги з повагою до їхнього особистого життя й підкреслення важливості їх участі у прийнятті рішень, що стосуються умов життя у будинку для престарілих.

Основні засади державної політики щодо ветеранів праці, інших громадян похилого віку визначає Закон України від 16 грудня 1993 р. № 372. Згідно закону ветеранами праці вважаються пенсіонери, які мають стаж роботи 40 років – для чоловіків, і 35 років – для жінок. Ветеранами праці визнаються також: громадяни, яким призначені пенсії на пільгових умовах; особи, нагороджені медаллю «Ветеран праці» за законодавством колишнього СРСР; інваліди I і II груп, які одержують пенсії по інвалідності, якщо вони мають стаж роботи не менше 15 років.

Документ спрямований на формування в суспільстві гуманного, шанобливого ставлення до цієї категорії населення та забезпечення їх активного довголіття. Він гарантує право на працю, право на пенсію, право на догляд, пільги у оподаткуванні, переважне право на встановлення домашнього телефону; право на користування при виході на пенсію чи зміні місця роботи поліклініками, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи; першочергове безплатне зубопротезування (за винятком протезування із дорогоцінних металів); переважне право на забезпечення санаторно-курортним лікуванням, а також на компенсацію вартості самостійного санаторно-курортного лікування; щорічне медичне обстеження і диспансеризацію із залученням необхідних спеціалістів; першочергове

обслуговування в лікувально-профілактичних закладах, аптеках та першочергову госпіталізацію; використання чергової щорічної відпустки (у разі продовження роботи) у зручний для них час, а також одержання додаткової відпустки без збереження заробітної плати строком до двох тижнів на рік; переважне право на забезпечення житловою площею осіб, які потребують поліпшення житлових умов, та відведення земельних ділянок для індивідуального житлового будівництва, садівництва і городництва, першочерговий ремонт житлових будинків і квартир цих осіб та забезпечення їх паливом; першочергове одержання позики на індивідуальне (кооперативне) житлове будівництво з погашенням її протягом десяти років, починаючи з п'ятого року після закінчення будівництва, а також першочергове одержання позики для будівництва або придбання дачних будинків і благоустрою садових ділянок; переважне право на вступ до садівницьких товариств (кооперативів), кооперативів по будівництву та експлуатації колективних гаражів; звільнення від плати за землю та сплати земельного податку; безплатний проїзд всіма видами міського пасажирського транспорту (за винятком таксі) та ін.. Для отримання зазначених пільг статус ветерана праці повинен підтверджуватися посвідченням про право на пільги та нагрудним знаком. Видаються посвідчення і нагрудні знаки органами праці та соціального захисту населення за місцем проживання ветеранів. Ветеранам-військовослужбовцям посвідчення і нагрудні знаки видають військові комісаріати. Вони їм сприяють нарахуванню пенсійного забезпечення цій категорії населення.

Законодавством України встановлюється необхідний рівень гарантій громадянам похилого віку в усіх сферах життя суспільства. Зокрема, передбачено: якщо міжнародним договором або угодою України встановлено більш високі вимоги щодо гарантій соціального захисту ветеранів праці та громадян похилого віку, ніж ті, які передбачено законодавством України, то застосовуються правила міжнародного договору або угоди.

Громадяни похилого віку мають право на матеріальне забезпечення згідно з чинним законодавством. Це право гарантується виплатою пенсій, соціальних допомог у грошовому та натуральному вигляді, наданням соціальних послуг.

Наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 29 грудня 2001 р. № 549 затверджено «Типове положення про будинки-інтернат для громадян похилого віку та інвалідів, геріатричний пансіонат, пансіонат для ветеранів війни і праці». До будинку-інтернату на державне утримання приймаються особи похилого віку, які досягли пенсійного віку, та інваліди першої і другої груп, старші за 18 років, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду, побутового обслуговування, медичної допомоги, яким згідно з медичним висновком не протипоказане перебування у будинку-інтернаті та які не мають працездатних родичів, зобов'язаних їх утримувати за законом. На позачергове влаштування до будинку-інтернату мають право ветерани війни та чорнобильці згідно чинного законодавства. Переважне право на влаштування до будинку-інтернату мають ветерани згідно із Законом України . Як виняток, у будинку-інтернаті, за проханням дітей, які зобов'язані їх утримувати, можуть проживати люди похилого віку та інваліди.

Основним завданням будинку-інтернату є надання людям похилого віку належних умов для проживання, соціально-побутового обслуговування, медичної допомоги. Мешканці закладу забезпечуються відповідно до встановлених норм: житлом, одягом, взуттям, постільною білизною, м'яким і твердим інвентарем та столовим посудом; раціональним чотириразовим харчуванням, у тому числі дієтичним, з урахуванням віку і стану здоров'я осіб, що проживають у будинку-інтернаті, в межах натуральних норм харчування (проміжки часу між прийманням їжі не повинні бути більші ніж чотири години, останнє приймання їжі організовується за дві години до сну); цілодобовим медичним обслуговуванням, консультативною допомогою, стаціонарним лікуванням на базі закріплених лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я; слуховими апаратами, окулярами, протезно-ортопедичними виробами, зубним протезуванням, спеціальними засобами пересування (крім моторизованих), медикаментами та життєво необхідними ліками відповідно до медичного висновку; комунально-побутовим обслуговуванням (опалення, освітлення, радіофікація, тепло-, водопостачання тощо); організацією культурно-масової та оздоровчо-спортивної роботи з

урахуванням стану здоров'я і віку мешканців будинку-інтернату; умовами, що сприяють адаптації громадян похилого віку, ветеранів війни, праці та інвалідів у новому середовищі.

В Україні законодавчо закріплено переведення соціальної пенсії у соціальну допомогу. Законом України від 18 травня 2004 р. № 1727 регламентується порядок надання соціальної допомоги (замість соціальної пенсії, яка передбачалася Законом України «Про пенсійне забезпечення» 1991 р.), соціальної допомоги на догляд та допомоги на поховання.

На думку багатьох науковців, цей Закон є недосконалим з багатьох позицій. По-перше, головна відмінність нового юридичного механізму полягає в тому, що для призначення соціальної допомоги особа повинна мати статус малозабезпеченої, ця обставина не вимагалася за раніше чинним Законом. Окрім того, підвищено мінімальний вік для отримання такої допомоги – для жінок – 58 років, для чоловіків – 63 роки (за ст. 93 Закону України «Про пенсійне забезпечення» було передбачено відповідно 55 і 60 років).

Аналіз цього закону дозволяє говорити про недосконалу юридичну техніку цього документу. Поняття «малозабезпеченість», передбачене у п. 3 ст. 4, є обов'язковим елементом підстави визначення права на соціальну допомогу, але ця вимога не включена до ст. 2 «Право осіб на державну соціальну допомогу». Неузгодженими є назви різних соціальних допомог у цьому законі та в інших нормативно-правових актах. Стаття 2 Закону встановлює, що правове регулювання забезпечення державною соціальною допомогою іноземців та осіб без громадянства здійснюється на умовах, визначених Кабінетом Міністрів України, але умови та порядок забезпечення цих суб'єктів мають здійснюватися на рівні закону, а не підзаконних актів, якими є постанови Кабінету Міністрів України. Доцільним видається вилучення із закону пунктів, що стосуються малозабезпечених осіб та виділення їх в окремому законі.

Найбільший інтерес у контексті соціального захисту людей похилого віку викликає проблема пенсійного забезпечення. Вирішувати її доцільно враховуючи традиції та менталітет людей, соціальну ситуацію, що склалася.

Основні завдання сучасної пенсійної реформи полягають у тому щоб:

- підвищити рівень матеріального забезпечення пенсіонерів;
- обумовити залежність розмірів пенсій від трудового стажу та заробітної платні за роки роботи;
- сприяти фінансовій стабільності пенсійної системи;
- стимулювати громадян до соціального страхування;
- створити ефективну систему адміністративного управління.

З 2004 року набрав чинності Закон України, який передбачає створення в Україні нової пенсійної системи. Вона передбачає формування трьох рівнів забезпечення людей пенсійного віку: солідарної системи (першого рівня), накопичувальної системи (другого рівня) та державного пенсійного забезпечення (третього рівня).

Реформа солідарної системи орієнтована на :

- охоплення державним пенсійним страхуванням усіх, хто працює.
- Впровадження формули нарахування пенсій, що передбачає обчислення на основі даних системи персоніфікованого обліку внесків.
- Забезпечення права виходу на пенсію в 55 та 60 років, чи більш пізніше. У разі відстрочки часу виходу на пенсію, розмір її пенсії буде вищим.
- Розмежування джерел фінансування пенсій, призначених за різними пенсійними програмами.
- Поступове запровадження системи управління Пенсійним фондом на основі представництва держави, роботодавців та працівників.

З нарахованих коштів виплачуватимуться страхові пенсії та мінімальний рівень пенсійних виплат. Для тих, у кого буде малий страховий стаж чи низький рівень доходів передбачається надання мінімальної соціальної допомоги.

Розмір пенсії залежатиме від розміру заробітної платні, з якої сплачувались пенсійні внески та страхового стажу.

Солідарна система пенсійного страхування в Україні забезпечуватиме виплати:

- пенсії за віком (чоловіки – 60 років, жінки – 55 років, страховий стаж 5 років);
- пенсії за інвалідністю;
- пенсії у разі втрати годувальника.

Створення Другого рівня пенсійної системи зумовить незмінність загального рівня пенсійних відрахувань, посилення інвестицій в економіку країни. Розпоряджатися коштами будуть професійні компанії, які обираються на конкурсній основі. Зберігати активи будуть банки. Другий рівень пенсійного страхування сприятиме збільшенню загального розміру пенсійних виплат; посилить залежність розміру пенсії від тривалості трудового стажу особи та розміру нарахувань; дозволить успадковувати кошти; буде джерелом інвестицій для економіки; розподілить низькі розміри пенсій між першим та другим рівнем пенсійної системи; підвищить якість управління системою пенсійного забезпечення.

Передбачається створення умов для переведення обов'язкових пенсійних заощадження громадян з Накопичувального фонду до недержавного пенсійного фонду. Основу третього рівня пенсійного забезпечення складатимуть системи добровільного недержавного пенсійного забезпечення. Серед них відкриті пенсійні фонди, корпоративні пенсійні фонди, професійні пенсійні фонди, Недержавні пенсійні фонди зможуть залучати до формування пенсійних заощаджень кошти працівників, відрахування роботодавців, які керують підприємствами зі шкідливими умовами праці.

Пенсія військовослужбовцям нараховуватиметься відповідно до Закону України про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби. Тут, зокрема, йде мова про призначення пенсії за вислугу років та пенсії в разі втрати годувальника, які отримують військовослужбовці, особи керівного і рядового складу органів внутрішніх справ та деякі інші особи, а також члени їх сімей. Відповідно до цього Закону, норми пенсії не можуть бути нижче 100 % прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Особи офіцерського складу, прапорщики і мічмани, військовослужбовці надстрокової служби та військової служби за контрактом, особи, що мають право на пенсію за цим Законом

при наявності встановленої Законом вислуги на військовій службі, службі в органах внутрішніх справ і в державній пожежній охороні, службі в Державній службі спеціального зв'язку та захисту інформації України, в органах і підрозділах цивільного захисту, податкової міліції, Державної кримінально-виконавчої служби України мають право на довічну пенсію за вислугу років.

Військовослужбовці, особи, які мають право на пенсію за цим Законом, які стали інвалідами за умов, передбачених цим Законом, набувають право на пенсію по інвалідності. Пенсії по інвалідності особам, які мають право на пенсію за цим Законом, призначаються в разі, якщо інвалідність настала в період проходження ними служби або не пізніше трьох місяців після звільнення зі служби, чи якщо інвалідність настала пізніше тримісячного терміну після звільнення зі служби, але внаслідок захворювання (травми, поранення, контузії, каліцтва тощо), яке виникло в період проходження військової служби чи під час перебування в полоні або заручником, якщо полон чи захоплення заручником не було добровільним і особа, яка має право на пенсію за цим Законом, перебуваючи в полоні або заручником, не вчинила злочину проти миру і людства.

Залежно від причини інвалідності інваліди з числа військовослужбовців, осіб, які мають право на пенсію за цим Законом поділяються на такі категорії:

а) інваліди війни – при настанні інвалідності внаслідок поранення, контузії, каліцтва, захворювання, одержаних під час захисту Батьківщини, виконання обов'язків військової служби (службових обов'язків) чи пов'язаних з перебуванням на фронті, у партизанських загонах і з'єднаннях, підпільних організаціях і групах та інших формуваннях, визнаних такими законодавством України, в районі воєнних дій, на прифронтових ділянках залізниць, на спорудженні оборонних рубежів, військово-морських баз та аеродромів у період громадянської та Великої Вітчизняної воєн або з участю у бойових діях у мирний час; б) інші інваліди з числа військовослужбовців, осіб, які мають право на пенсію за цим Законом – при настанні інвалідності внаслідок каліцтва, одержаного в результаті нещасного випадку, не пов'язаного з виконанням обов'язків військової служби

(службових обов'язків), або внаслідок захворювання, пов'язаного з проходженням служби.

Пенсії по інвалідності військовослужбовцям, особам, які мають право на пенсію за цим Законом призначаються в таких розмірах:

- а) інвалідам війни I групи – 100 %, II групи – 80 %, III групи – 60 % відповідних сум грошового забезпечення (заробітку);
- б) іншим інвалідам I групи – 70 %, II групи – 60 %, III групи – 40 % відповідних сум грошового забезпечення (заробітку).

Відбулися зміни в частині пенсійного забезпечення наукових (науково-педагогічних) працівників:

1. Збільшено вік виходу на пенсію: треба звернути увагу, що підвищення пенсійного віку відбуватиметься окремо для жінок (з 55 до 60 років поступово, починаючи з 1 жовтня 2011 р.) і окремо для чоловіків (з 60 до 62 років поступово, починаючи з 1 січня 2013 р.).

Так, право на наукову пенсію з 1 жовтня 2011 р. мають жінки після досягнення віку, передбаченого ст.26 Закону України № 1058 «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування».

Чоловікам наукова пенсія до 31 грудня 2012 р. включно призначатиметься за досягнення 60 років. Починаючи з 1 січня 2013 р. вік виходу чоловіків на наукову пенсію поступово збільшуватиметься до 62 років за такою схемою:

60 років 6 місяців – які народилися з 1 січня до 31 грудня 1953 р.;

61 року – які народилися з 1 січня до 31 грудня 1954 р.;

61 року 6 місяців – які народилися з 1 січня до 31 грудня 1955 р.;

2) треба пам'ятати, що підвищення пенсійного віку для чоловіків не торкнеться призначення пенсії за Законом 1058. Це означає, що в період з 1 січня 2013 р. чоловіки і надалі матимуть право на призначення пенсії за Законом 1058 після досягнення 60 років, а після досягнення 62 років (на перехідний період – за зазначеною вище схемою) їм призначатиметься наукова пенсія;

3) передбачений п.3 ст.29 Закону 1058 компенсатор більш пізнього виходу на пенсію жінок та надана їм тимчасова, в період до 1 січня 2015 р., можливість виходу на пенсію у віці 55 років

(п.72 Прикінцевих положень Закону 1058) не застосовуються під час призначення пенсії відповідно до Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність».

Зберігається право на призначення пенсії на досягнення 50 років жінкам, що є матерями п'ятьох і більше дітей та виховували їх до шестирічного віку чи матерям інвалідів з дитинства, які виховали їх до цього віку. Особи, які працювали на підземних роботах, на роботах з особливо шкідливими й особливо важкими умовами праці за Списком № 1, матимуть право на пенсію за віком за досягнення 45 років (жінки) і 50 років (чоловіки).

З 1 жовтня 2011 р. під час призначення наукової пенсії пільговий пенсійний вік до уваги не братиметься. Це стосується також осіб, які постраждали через Чорнобильську катастрофу.

До ухвалення Закону 3668 пенсія науковцям призначалася за досягнення пенсійного віку та наявності стажу роботи: у жінок – 20 років, у тому числі стажу наукової роботи не менш як 15 років; у чоловіків – 25 років, у тому числі стажу наукової роботи не менш як 20 років.

З ухваленням Закону 3668 залишилися незмінними вимоги щодо стажу наукової роботи, який дає право на наукову пенсію. Проте відбулися зміни в частині страхового стажу, зокрема передбачено, що наукова пенсія призначається за наявності страхового стажу, потрібного для призначення мінімальної пенсії за віком.

Для призначення пенсії по інвалідності за нормами Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність» однією з умов є визнання особи інвалідом у період роботи на науковій (науково-педагогічній) посаді. Ця вимога позбавляла права на таку пенсію тих осіб, які були визнані інвалідами в дитинстві.

Змінами до ст.24 Закону України «Про наукову і науково-технічну діяльність» передбачено, що науковим (науково-педагогічним) працівникам, які визнані інвалідами I, II і III груп, призначається пенсія по інвалідності в розмірі пенсії наукового (науково-педагогічного) працівника незалежно від віку за наявності стажу наукової роботи, передбаченого ч.2 цієї статті (тобто 15 років для жінок і 20 – для чоловіків), та страхового стажу, передбаченого ст.32 Закону України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування», а особам із

числа інвалідів з дитинства – незалежно від часу встановлення інвалідності.

Для жінок пенсійний вік із 55 до 60 років підвищується поступово – на 6 місяців кожні півроку, починаючи з 01.10.2011 року. Зокрема передбачено, що до досягнення 60 років право на пенсію за віком мають жінки 1961 р. народження і за умови досягнення ними таких вікових меж: 55 років – народжені до 30.09.1956 р. включно; 55 років 6 місяців – народжені з 01.10.1956 р. по 31.03.1957 р.; 56 років – які народилися з 01.04.1957 р. по 30.09.1957 р.; 56 років 6 місяців – які народилися з 01.10.1957 р. по 31.03.1958 р.; 57 років – які народилися з 01.04.1958 р. по 30.09.1958 р.; 57 років 6 місяців – які народилися з 01.10.1958 р. по 31.03.1959 р.; 58 років – які народилися з 01.04.1959 р. по 30.09.1959 р.; 58 років 6 місяців – які народилися з 01.10.1959 р. по 31.03.1960 р.; 59 років – які народилися з 01.04.1960 р. по 30.09.1960 р.; 59 років 6 місяців – які народилися з 01.10.1960 р. по 31.03.1961 р.; 60 років – які народилися з 01.04.1961 р. по 31.12.1961 р.

Разом з тим, відповідно до п. 7. прикінцевих положень Закону № 1058 у період до 01.01.2015 року жінки можуть вийти на пенсію і при досягненні 55 років, але за двох умов: наявності страхстажу не менше 30 років і звільнення з роботи. У такому випадку розмір їх пенсії, обчислений відповідно до ст. 27 та з урахуванням вимог ст. 28 Закону № 1058, буде зменшений на 0,5% за кожний повний чи неповний місяць дострокового виходу на пенсію. Зменшення розміру пенсії за віком застосовуватиметься протягом усього періоду отримання пенсії незалежно від її виду.

Підвищення пенсійного віку не стосується тих жінок, які працюють на роботах із шкідливими та важкими умовами і мають право на пенсію на пільгових умовах та за вислугу років. І після 1 жовтня 2011 року ці пенсії призначаються при досягненні пенсійного віку, визначеного статтями 13, 54, 55 Закону «Про пенсійне забезпечення». Тобто для них пенсійний вік не змінюється.

Відповідно до пункту 3 Порядку до стажу державної служби включається час військової служби у Збройних силах та інших військових формуваннях.

У листі Головного управління державної служби України від 10.02.2000 № 31/723 роз'яснено, що до стажу державної служби зараховуються всі види військової служби у Збройних силах та інших військових формуваннях України й колишнього СРСР, визначені статтею 2 Закону «Про військовий обов'язок і військову службу». Пенсії за віком на пільгових умовах призначаються працівникам цілої низки категорій, у т. ч. особам, які працюють у важких і шкідливих умовах.

Жінкам, які народилися у період по 31 грудня 1961 року, підвищення пенсії, обчислюється починаючи з 55 років до досягнення ними 60-річного віку в розмірі 2,5 відсотка за кожні шість місяців більш пізнього виходу на пенсію.1) збільшено страховий стаж, при наявності якого особа набуває право на пенсію за віком, по інвалідності та у зв'язку із втратою годувальника відповідно до Закону 1058. Так: для призначення пенсії за віком необхідно мати не менше 15 років страхового стажу (стаття 26); інваліди після досягнення пенсійного віку, мають право на пенсію по інвалідності за наявності не менше 15 років страхового стажу. До прийняття Закону 3668 для набуття права на пенсію за віком необхідно було мати 5 років страхового стажу; для призначення пенсії по I групі інвалідності, а також у період до 01.01.2016 року для призначення пенсії по II групі інвалідності, залежно від віку, в якому особу визнано інвалідом, або на день звернення за пенсією необхідно мати від 1 року до 10 років страхового стажу (стаття 32 та пункт 4 Прикінцевих положень Закону 1058), а саме: до досягнення особою 25 років включно – 1 рік; від 26 років до досягнення особою 28 років включно – 2 роки; від 29 років до досягнення особою 31 року включно – 3 роки; від 32 років до досягнення особою 34 років включно – 4 роки; від 35 років до досягнення особою 37 року включно – 5 років; від 38 років до досягнення особою 40 років включно – 6 років; від 41 років до досягнення особою 43 років включно – 7 років; від 44 року до досягнення особою 48 років включно – 8 років; від 49 років до досягнення особою 53 років включно – 9 років; від 54 років до досягнення особою 59 року включно – 10 років; в) для призначення пенсії по III групі інвалідності та пенсій у зв'язку із втратою годувальника, а також починаючи з 01.01.2016 року для призначення пенсії по II групі

інвалідності необхідно мати від 1 року до 14 років страхового стажу (статті 32, 36 та пункт 4 Прикінцевих положень Закону 1058), а саме: до 23 років – 1 рік; 24 - 26 рр. – 2 роки; 27 - 28 рр. – 3 роки; 29 - 31 рр. – 4 роки; 32 - 33 рр. – 5 років; 34 - 35 рр. – 6 років; 36 - 37 рр. – 7 років; 38 -39 рр. – 8 років; 40- 42 рр. – 9 років; 43- 45 рр. – 10 років; 46-48 рр. – 11 років; 49-51 рр. – 12 років; 52 – 55 рр. – 13 років; 56 -59 рр. – 14 років.

Пенсія по інвалідності у розмірі пенсії за віком обчислюється за наявності такого страхового стажу: а) для жінок інвалідів II групи, якщо їм вперше встановлено інвалідність у віці до 46 років – 20 років, а для чоловіків 25 років; для жінок якщо інвалідність встановлено у віці до 48 років – 21 рік, а для чоловіків 26 років, у жінок, якщо інвалідність встановлена у віці до 50 років – 22 роки, а для чоловіків 27 років; для жінок, якщо інвалідність установається у віці 53 роки– 23 роки, а для чоловіків 28 років; для жінок, якщо інвалідність установається до 56 років – 24 роки, а для чоловіків 29 років; для жінок, якщо інвалідність установається до 59 років – 25 років, а для чоловіків 30 років. б) для інвалідів III та II групи, які визнані інвалідами за статтею 26 Закону 1058 – 35 років для чоловіків та 30 років для жінок. До прийняття Закону 3668 нарахування пенсії по інвалідності передбачає необхідність 20 років для жінок і 25 років для чоловіків.

Пенсії в порядку і на умовах, передбачених законами України «Про державну службу», «Про прокуратуру», «Про статус народного депутата України», «Про наукову і науково-технічну діяльність», «Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб» та щомісячне довічне грошове утримання відповідно до Закону України «Про судоустрій і статус суддів» призначатимуться в розмірі 80 % відповідних сум заробітної плати.

Статтею 49 Закону №4050 передбачено, що на одержання пенсії державного службовця мають право 62-річні чоловіки та жінки, які мають страховий стаж, для пенсії за віком у мінімальному розмірі. (Для чоловіків– 35 років, для жінок– 30 років), вони мають стаж державної служби не менше 10 років, та претендують на пенсію перебуваючи на посадах державної служби. Претендувати на пенсію державного службовця

можуть також службовці з 20 роками стажу, до якого включається період роботи, визначений 1, 7, 9, 11 пунктами частини другої ст. 35 цього Закону, незалежно від місця роботи на час досягнення зазначеного віку.

Прикінцевими та перехідними положеннями Закону зазначено, що право на пенсію мають чоловіки державні службовці чоловіки відповідно до досягнення ними вікових меж та стажу, що обґрунтовані законом.

Пенсія державним службовцям складає 80% суми їхньої заробітної плати, з якої сплачено єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування (до 01.01.2011 р.– внески на загальнообов'язкове державне пенсійне страхування). Особи, які оформляють пенсію, але на момент її настання не є державними службовцями претендують на 80% заробітної плати державного службовця за останньою посадою державної служби.

Державним службовцям, що у період проходження служби визнані інвалідами I чи II груп призначається пенсія по інвалідності за Законом №4050, при наявності 10 і більше років стажу державної служби, а також страхового стажу, який встановлений для нарахування пенсії відповідно до Закону про пенсійне страхування.

Пенсія по інвалідності (Закон №4050) нараховується незалежно від причини інвалідності, коли припиняється державна служба.

Якщо інваліду I або II групи надано III групу інвалідності, то у випадку визнання його інвалідом наданих раніше груп пенсія поновлюється за умови, що від останньої виплати не пройшло 5 років. Якщо державний службовець має статус годувальника то після його смерті особа, яка є на його утриманні може претендувати на пенсію у зв'язку зі втратою годувальника у розмірі 70% суми, а якщо на утриманні двоє осіб то на 90% заробітної плати померлого. З цієї суми сплачується єдиний внесок на загальнообов'язкове державне пенсійне страхування годувальника. До категорії непрацевдатних осіб, що можуть перебувати на утриманні належать: інваліди; діти до досягнення 18 років; діти, які є студентами денної форми навчання ВНЗ чи

професійно-технічних закладів до досягнення ними 23 років; діти-сироти до 23 років;

Відповідно до Закону України «Про пенсійне забезпечення» (ст.55) претендувати на пенсію за вислугою років можуть вчителі, медики, працівники медичного забезпечення за наявності стажу не менш як 25 років, за переліком, що затверджений Кабінетом Міністрів України. Пенсія за вислугу років призначається у випадку залишення цієї роботи.

Мінімальний розмір пенсії за віком встановлюється за наявності у жінок 20 років, а у чоловіків 25 років стажу у розмірі прожиткового мінімуму. За кожен пропрацьований рік розмір пенсії збільшується на 1%, але не більше ніж на 1% пенсії за віком.

Страховий стаж збільшено чоловікам до 35 років, а жінкам до 30 років. Перерахунок пенсії відбувається якщо пенсіонер має 24 і більше місяці страхового стажу. Незалежно від перерв у роботі. Такий самий принцип лежить в основі визначення перерахунку пенсій науковим працівникам. Перерахунок пенсії проводиться не раніше ніж за два роки після попереднього перерахунку з урахуванням страхового стажу після її призначення. Порядок перерахунку пенсії, не поширюватиметься на пенсіонерів, яким призначено пенсію за вислугу років за Законом України «Про пенсійне забезпечення». Перерахунки базового розміру пенсії, понаднормовий стаж, мінімального розміру пенсії особам, на яких поширюється чинність Закону України «Про підвищення престижності шахтарської праці», проводиться після звільнення або припинення діяльності з урахуванням прожиткового мінімуму для осіб, які втратили працездатність.

Призначення пенсій, окрім названих, визначається Законами про держслужбу, про наукову діяльність, про пенсійне страхування, про прокуратуру, про статус народного депутата, про центральні органи виконавської влади, про зайнятість наслення.

Українським урядом прийнято постанову «Деякі питання підвищення пенсійних виплат для окремих категорій осіб у 2021 році та в подальшому». Статтями документа з 01 липня 2021 року запропоновано встановити щомісячну компенсаційну виплату в

розмірі до 400 гривень пенсіонерам старше 75 річного віку, а також підвищити мінімальні пенсійні гарантії особам із страховим стажем 20 років для жінок та 25 років для чоловіків з 1 712 грн до 2 500 гривень.

Досвід функціонування пенсійних систем у кожній країні унікальний. Україна діє за моделлю, яка ґрунтується на принципах солідарності та частково на концепції накопичення. Україна враховує у роботі пенсійної системи міжнародні конвенції і рекомендації. Актуальними є розробки Міжнародної організації праці. Сьогодні ми згадуємо закони про мінімальні норми соціального забезпечення і встановлення прожиткового мінімуму (1952 р.); про основні цілі й норми соціальної політики (1962 р.); про професійну орієнтацію і професійну підготовку в сфері розвитку людських ресурсів (1975 р.) про трудящих людей похилого віку (1980 р.).

На конференції у Копенгагені у 1995 році глави держав взяли зобов'язання звертати більшу увагу на потреби людей похилого віку.

Для України цінним у цьому питанні буде досвід Швеції, Великої Британії. Наприклад, у Швеції 30 % людей похилого віку є членами асоціації пенсіонерів, яка відстоює права людей похилого віку, покращення умов проживання в будинках для людей похилого віку, підтримки соціальних працівників та медичного персоналу, що обслуговує людей похилого віку.

Сьогодні актуальності набуває сімейне піклування про людей похилого віку. Політика Великої Британії спрямована на практичну підтримку соціальних служб, які надають допомогу людям похилого віку. В Австралії на загальне обговорення виносяться питання відпочинку людей, що доглядали за людьми похилого віку. Не меншої ваги надають обговоренню рентабельності та ефективності програм по догляду за старенькими. Про скорочення витрат на утримання людей похилого віку ведуть мову ті країни, які в цілому скорочують видатки на соціальну сферу.

У більшості країн проводиться значна робота по зміні культурних традицій щодо догляду за людьми похилого віку. Наприклад, в Італії йде мова про повернення від закладового до сімейного догляду за людьми похилого віку. Значущим для

світової спільноти залишається питання про матеріальне забезпечення людей похилого віку та фінансування програм соціальної роботи з ними.

2.3. Основні соціальні інститути з надання послуг людині похилого віку

Аналіз соціального середовища людей похилого віку дозволив ученим класифікувати представників цієї соціальної групи з огляду на майнову забезпеченість і трудову активність на забезпечених, середньозабезпечених, малозабезпечених. Забезпеченими визнані ветерани праці і війни, інваліди війни, працюючі пенсіонери. Їх матеріальні можливості високі за рахунок пільг, що виплачує держава, та за рахунок винагороди за працю. Середньозабезпечені пенсіонери це ті, хто отримує пенсію, якої вистачає на повсякденні потреби, і з якої можна щось відкласти на ліки чи дозвілля. Малозабезпечені, ті, хто не може дозволити собі нічого зайвого, але основні засоби до існування мають. Мусимо констатувати, що сьогодні в Україні цей поділ досить умовний. Підвищення плати за комунальні послуги та ліки створюють труднощі для нормальної життєдіяльності цієї групи осіб. І майнове становище цих людей часто залежить від допомоги дітей або онуків та покладається на соціальний захист держави.

Основною метою політики у сфері соціального захисту людей літнього віку в Україні є: сприяння безумовному дотриманню конституційних прав і законних інтересів літніх громадян, у тому числі права на соціальне забезпечення; збереження людської гідності людей літнього віку, утвердження їх суспільно значимої ролі в суспільному розвитку; створення оптимального рівня індивідуальної адаптації людей похилого віку до життєдіяльності в нових соціально-економічних умовах; надання необхідної соціальної допомоги і гарантованого соціального обслуговування, що сприяють створенню і підтримці умов для повноцінного життя у старості; участь у формуванні суспільного консенсусу щодо становища і проблем людей похилого віку; залучення додаткових інвестицій для фінансування заходів щодо поліпшення соціального

обслуговування людей похилого віку, підтримка ініціативи громадськості, участь недержавних структур.

Провідними принципами соціальної допомоги виступають принципи: адресності, надання соціальної допомоги конкретним особам з урахуванням їх індивідуальних здібностей; гарантованості – обов'язкове надання допомоги старим людям, що звернулися у відповідні органи; диференційованого підходу при визначенні розмірів і видів допомоги старим людям залежно від місця проживання і специфіки умов; самостійності місцевих органів влади і соціального захисту з питань організації і проведення заходів щодо надання старим людям допомоги; соціального регулювання, перегляд соціальних нормативів у зв'язку з вимогами життя.

Змістом соціального захисту населення літнього і старого віку є: профілактика; підтримка; представництво.

Профілактика передбачає зменшення чи зниження факторів ризику для благополуччя людини літнього віку, збереження її матеріального стану, перетворюючи її приміщення в стаціонарне соціальне обслуговування. Основними засобами для цього виступають вивчення потреб людей літнього віку, проведення інформаційної роботи щодо життєдіяльності в старості, підвищення рівня знань в університетах третього віку. Збереження максимально можливого рівня самостійності людини похилого віку домінуючої соціальної підтримки людей похилого віку.

Представництво орієнтоване на захист інтересів старих неіездатних людей від їх імені, для надання необхідної допомоги, здійснення соціального супроводу в задоволенні культурних та побутових потреб.

Підтримка сприяє створенню сприятливих умов для життєдіяльності людини похилого віку, забезпечення їй належного матеріального добробуту та соціального благополуччя.

Соціальна профілактика, представництво та підтримка людей похилого віку є змістом роботи державних та недержавних організацій. Серед державних організацій значну роботу проводять обласні, муніципальні районні управління і відділи культури. Чільне місце серед недержавних форм соціально-

культурного обслуговування займають громадські об'єднання, в тому числі професійні асоціації, благодійні організації.

За функціонально ознакою організації реалізують свою політику стосовно людей похилого віку відповідно до змісту діяльності. В основному це: соціальний захист і соціальна допомога, соціально-медична реабілітація, психологічна допомога, утримання і виховання, дозвілля, в тому числі у різновікових групах, підтримка працюючих пенсіонерів, навчально-розвивальні соціально - просвітницькі програми.

Пріоритет у соціальному обслуговуванні літніх сімей та їх членів надається домашнім формам, у вигляді побутових, соціально-медичних послуг. Відділи соціальної допомоги вдома функціонують для постійного чи тимчасового (до 6 місяців) обслуговування пенсіонерів та інвалідів в домашніх умовах. До основних послуг належать: доставка продуктів харчування, товарів першої необхідності, медикаментів, різні види особистої допомоги, сплата комунальних послуг, здача білизни до пральні, сприяння у отриманні медичної допомоги, зубного протезування, відвідання підопічних в санітарних лікарняних закладах, сприяння у здійсненні ремонту житла, забезпечення паливом, обробка присадибних ділянок, доставка води, допомога у написанні листів.

Напівстаціонарне обслуговування орієнтоване на побутову, медичну, культурну допомогу пенсіонерам та інвалідам у денних і нічних стаціонарах, організацію їхнього відпочинку, залучення до посильної трудової діяльності, підтримання звичного способу життя. Відділ денного стаціонару створюється не менш як на 30 осіб. На підставі особистої заяви та медичної довідки за відсутності протипоказань до цього відділу приймають пенсіонерів та інвалідів незалежно від сімейного стану, які зберегли здатність до самообслуговування і активного пересування. Харчування можливе як у спеціально пристосованих приміщеннях, так і у найближчих закладах громадського харчування.

Термінове соціальне обслуговування – передбачає невідкладну одноразову допомогу, яка спрямована на підтримання життєдіяльності громадян, котрі негайно потребують соціальної підтримки. Підтримка включає гаряче

харчування, продуктовий набір, забезпечення товарами першої необхідності, разову юридичну допомогу, медично-психологічну допомогу, грошову допомогу, спеціальний транспорт, засоби санітарії і гігієни.

Соціально-консультативне обслуговування, має за ціль психологічну підтримку, активізацію зусиль підопічного щодо розв'язання власних проблем, забезпечення соціально-побутового, медичного, соціально- правового статусу.

Практикується також соціальне обслуговування у формі реабілітаційних послуг для людей з інвалідністю та тих, що зазнали фізичних або психологічних травм. Стаціонарна форма соціального обслуговування – це практика центрів соціального обслуговування.

Працівники центрів, виходячи з визначення потреб літньої людини, виявляють разом з державними, громадськими організаціями (органи охорони здоров'я, освіти, міграційні служби, ветеранські організації і товариства інвалідів) осіб похилого віку, інвалідів та інших, котрі потребують допомоги. Визначають конкретні види допомоги та форми роботи з людьми похилого віку. Вивчають труднощі людей похилого віку та втілюють в практику методи і засоби соціальної підтримки. Надають разові чи постійні соціально-побутові послуги. Прогресивним напрямом роботи є розробка перспективних планів розвитку сфери обслуговування людей літнього віку.

В Україні залежно від фінансування та враховуючи потреби літньої людини практикуються безплатне, частково або повністю платне обслуговування. Відповідні положення про центри визначають конкретних категорій громадян, котрих обслуговують платно чи безплатно, при цьому у кожному випадку встановлено свої параметри.

Гуманітарно–благодійні фонди, програми яких передбачають допомогу вдома і розраховані на осіб, що були в'язнями нациських концтаборів або стали жертвами репресій в колишньому СРСР, надають безоплатні послуги людям похилого віку з психосоматичними симптомами. Соціальний захист людей похилого віку у їх стінах провадять три категорії: медики, соціальні працівники і волонтери.

Найбільш поширеними інституціями, які надають соціальну допомогу людям літнього віку є територіальні центри допомоги людям похилого віку. У своїй структурі ці об'єднання включають відділення соціальної допомоги вдома, в тому числі спеціалізовані – для обслуговування інвалідів з порушенням рухової активності, сліпих, глухих. Заклади передбачають обслуговування більше 80 самотніх непрацездатних громадян, що мають потребу у побутовій, медико-соціальній допомозі за висновком лікаря. Мають місце також відділення організації надання грошової, натуральної адресної допомоги малозабезпеченим непрацездатним громадянам. Організують їх за потребою та за зверненням більше ніж 500 осіб, які потребують, за актами обстеження матеріально-побутових умов проживання, грошової та різних видів натуральної допомоги. Відділення соціально-побутової реабілітації забезпечують не менше ніж 30 відвідань на день з метою проведення соціально-оздоровчих заходів. Тут люди похилого віку проходять соціально-психологічну, трудову реабілітацію; отримують консультації лікарів та інших спеціалістів; для них організовується дозвілля. Відділення медико-соціальної реабілітації працюють за наявності 25 ліжко-місць чи 50 відвідань на день для проведення медико-соціальної реабілітації самотніх громадян похилого віку шляхом використання медичних, психологічних, соціальних методів реабілітації. Стационарні відділення для постійного або тимчасового проживання функціонують за наявності непрацездатних громадян, які через втрату рухової активності потребують постійного стороннього догляду та побутової і медичної допомоги. Спеціальні житлові будинки для самотніх непрацездатних громадян з комплексом служб соціально-побутового і медичного обслуговування слугують для поліпшення умов проживання та медичного і соціально-побутового обслуговування самотніх непрацездатних громадян. Лікувально-виробничі майстерні, цехи, підсобні господарства створюють для проведення трудової терапії, забезпечення потреб непрацездатних громадян. їдальні, магазини діють на основі госпрозрахунку. У разі необхідності можуть працювати, за погодженням з місцевими органами виконавчої влади, інші

підрозділи, дільниці, діяльність яких спрямована на соціальний захист непрацездатних громадян.

На сьогодні проблема закладового догляду людей похилого віку потребує уваги науковців. Все більше утверджується установка на те, щоб дозволити жити престарілим людям у домашніх умовах. Доведено, що у будинках людина похилого віку переживає стрес, який спричинений різкою зміною оточуючої дійсності, переходом до колективного життя, необхідністю дотримуватися встановленого режиму, втратою незалежності. Це зумовлює депресивні стани, негативно впливає на загальний стан здоров'я.

Аналізуючи роботу з людьми похилого віку доцільно відзначити благодійну діяльність некомерційних благодійних організацій. Серед яких на особливу увагу заслуговує відома всьому світу організація «Карітас». Наприклад, у Німеччині вона є третьою за рейтингом за результатами надання допомоги. Важливим проектом організації є проект «Домашня опіка». В Україні цей проект впроваджується з 1999 р. Роботу спрямовано на поліпшення життя людей похилого віку. Соціальні працівники, волонтери «Карітасу» здійснюють медичне обслуговування і догляд за хворим; проводять реабілітаційні рухові вправи; надають допомогу під час відвідувань лікаря; забезпечують геронтологічною інформацією, проводять консультації, надають емоційну підтримку. У «Карітасі» можна замовити прокат інвалідних візків та допоміжних засобів догляду; просити допомоги в домашньому господарстві та самообслуговуванні; дбати про навчання членів родини щодо догляду за людьми похилого віку. «Карітас» проводить роботу у організаційному напрямі, який передбачає виявлення осіб, які потребують догляду, потреби у послугах. Фахівцями «Карітасу» організовано співпрацю з медиками, соціальними працівниками, прибиральниками, поварями, психологами.

Медико-соціальний центр «Домашня опіка» забезпечує для потребуючих надання широкого спектру послуг, зокрема: організацію дозвілля: спілкування, читання книг, прогулянки; догляд за тілом хворих та немічних (ранковий туалет, і купання, і переодягання, і заміна постільної білизни) та багато інших гігієнічних послуг; ведення домашнього господарства: покупки в

магазині, приготування їжі, годування, миття посуду, прибирання в помешканні, прання та прасування; медичні послуги: вимірювання артеріального тиску, рівня цукру в крові, пульсу, температури тіла подача ліків, постановка компресів, гірчичників, свічок, клізм, обробка ран, пролежнів, масажі та розтирання тіла, лікувальна фізкультура та багато інших послуг по догляду за хворими. Крім того, на базі «Домашньої опіки» обладнана пральня, куди соціальні працівники звозять брудну білизну і одяг, який, пройшовши етапи прання і прасування, доставляється на дім підопічних у вигляді, готовому для користування. Центр обладнаний належною медичною апаратурою, що дає змогу видавати на користування потребуючим те обладнання, яке їм необхідне для задоволення їхніх потреб. Одночасно, поряд з цільовою групою, яку обслуговує медико – соціальний центр «Домашня опіка» живуть люди похилого віку, які мобільні, але перебувають в ізоляції від суспільного життя. Центри «Домашня опіка» проявили себе ефективно у Києві, Тернополі, Івано-Франківську, Соснівці, Жовкві, Бориславі, Львові (два центри), Хмельницькому, Стрию, Бородах, Коломиї, Донецьку.

Позитивний приклад в обслуговуванні людей похилого віку демонструють благодійні соціальні служби єврейських громад – хеседи. Заклади діють в багатьох обласних і районних центрах країни. У їх стінах практикують комплексний підхід до обслуговування людей похилого віку. Фахівцями куруються клуби за інтересами, об'єднання для проведення дозвілля, гуртки, бібліотеки, реабілітаційні програми. До обслуговування людей похилого віку залучають волонтерів, соціальних працівників, медиків, психологів. Зусилля соціальних працівників спрямовані на забезпечення можливостей людини похилого віку для самореалізації.

Робота соціальних установ з допомоги і догляду людей похилого віку в ґрунтується на таких принципах:

1. Догляд у будинку перестарілих повинен дати людям можливість покращити якість їх життя, надаючи безпечне, комфортне оточення, а також підтримку і мотивацію, щоб допомогти максимально використовувати свої потенційні, фізичні, інтелектуальні, емоційні і соціальні особливості.

2. Мешканці повинні мати право брати участь у всіх рішеннях, які впливають на їх життя, якщо тільки немає явних причин, які роблять цю участь неможливою чи непідходящою.

3. Рішення про догляд повинні виходити із припущення, що люди похилого віку здатні робити вибір свого способу життя (зберігати пенсійну книжку, ліки, ключі від кімнати і вирішувати що робити і коли), а не навпаки, до тих пір, поки не буде явних доказів того, що це вже неможливо.

4. Кожен мешканець повинен мати письмовий контракт із узгодженими умовами проживання і наданого обслуговування.

5. Прийом у будинок здійснюється на конкретно обумовлений термін; перш ніж буде прийняте рішення про тривале проживання.

6. Заклад для перебування людей похилого віку має запропонувати мешканцям чіткий розпорядок і можливості для регулярного перегляду їх взаємин по узгодженню з друзями чи консультантом і менеджерів по догляду.

7. Той, хто оселився в інтернаті та їх представники повинні у письмовому вигляді ознайомитися з чітким порядком подачі скарги, що включає звернення до відповідальних осіб поза будинком.

8. Усі мешканці зберігають свої громадянські права, коли поступають у будинки для перестарілих; будинки повинні охороняти ці права і допомагати користуватися ними.

9. Будинки для людей похилого віку мають прагнути до того, щоб мешканці й далі могли мати необмежений доступ до всіх місцевих служб підтримки, включаючи служби охорони здоров'я.

10. Мешканці будинку-інтернату мають можливість зберігати зв'язок з попереднім життям і на те, щоб особистий підхід здійснювало обмежене число знайомого персонала, що користується довір'ям.

11. Люди похилого віку мають право на «приватне» житло, яке вони можуть називати своїм, яке вони можуть використовувати як і коли хочуть і куди вони можуть запрошувати гостей. Це передбачає вибір кімнати по своєму смаку і розміру.

12. Пансіонати, наскільки можливо, забезпечують проживання, повагу і задовольняють потреби і бажання усіх мешканців незалежно від їхніх етнічних, релігійних і культурних цінностей.

13. Люди похилого віку повинні мати можливість зберігати гідність і розраховувати на гідне поводження.

14. Персонал повинен вважати потреби мешканців першочерговими.

15. Заклади для людей похилого віку не повинні допускати обмеження прав і вибору, що впливає із встановленої практики і режиму, які ставлять адміністративне право на перше місце.

16. Персонал будинків для людей похилого віку повинен чітко визначати свої функції, задачі і послуги, щоб можна було оцінювати його діяльність.

17. У пансіонатах повинні бути інструкції з самоконтролю і оцінки діяльності, що практикується відносно цілей і задач.

18. Служби денного перебування чи інша діяльність, не пов'язана з доглядом за мешканцями, організовані так, щоб не порушувати режим життя проживаючих постійно.

19. Той хто перебуває у стінах закладу інтернатного типу повинен підтримувати нормальні домашні умови проживання у ньому.

Потужною соціальною, правовою, медико-реабілітаційною, психологічною та культурною діяльністю займаються: фонд соціального захисту ветеранів Великої вітчизняної війни (створений відповідно до наказу Президента України від 20.04.1995), Всеукраїнська благодійна організація інвалідів та пенсіонерів «Обличчям до істини», спілка колишніх в'язнів фашизму – жертв нацизму, громадська організація «Турбота про літніх в Україні», Благодійний фонд «За виживання», благодійний фонд «Ветеран преси», громадська організація «Асоціація психодрами», Союз організацій інвалідів України, Київська організація незрячих юристів, Товариство Червоного Хреста України (здійснює 10 цільових гуманітарних програм), Союз православних братств України, Ліга розвитку людини, громадська фізкультурно-оздоровча і реабілітаційна організація інвалідів ЧАЕС, «Здравбор» та інші. Цими організаціями практикуються такі форми соціальної допомоги: термінова

соціальна допомога – надання допомоги одноразового характеру, адресна соціальна допомога, бригадна форма допомоги вадкохворим. Наприклад, адресна соціальна допомога – здійснюється в кризовій ситуації самотнім старим людям. Бригадна форма допомоги важкохворим – це комплексне обслуговування з надання соціальних і медичних послуг.

В основу технології соціальної роботи соціальних установ з літніми людьми покладені вимоги:

- попередження причин, що породжують проблеми людей літнього віку.
- Сприяння практичній реалізації прав і законних інтересів, забезпечення можливостей самовираження літніх громадян і стимулювання їх до активного життя.
- Дотримання рівності та можливостей літніх громадян в одержавнні соціальної допомоги і послуг.
- Диференціація підходів до вирішення проблем різних груп людей літнього віку на основі врахування факторів соціального ризику, що впливають на їхнє становище.
- Виявлення індивідуальних потреб літніх громадян у соціальній допомозі й обслуговуванні.
- Адресність при наданні соціальних послуг із пріоритетом сприяння літнім людям у ситуаціях, що загрожують їхньому здоров'ю і життю.
- Використання нових технологій соціальної роботи, спрямованої на задоволення потреб людей літнього віку.
- Орієнтація на розвиток самопомоги і взаємопідтримки людей літнього віку.
- Забезпечення інформованості літніх громадян як і всього населення про можливості соціальної допомоги і послуг.

Єдність концептуальних підходів і погодженість цілей та принципів соціального захисту літніх людей на всіх рівнях соціального управління повинні сприяти одержанню відчутних результатів соціального обслуговування. Однак це не обмежує вияву самостійності територіальних органів соціального захисту населення, що мають можливість детально враховувати соціально-економічний і соціокультурний контекст конкретного регіону чи місцевості. Територіальним органам соціального захисту населення даються реальні можливості оптимального й

оперативного реагування на деякі зміни для людей третього віку. До соціальних служб, які працюють з людьми похилого віку, ставляться нові завдання. Провідними серед них можна вважати: створення умов для проживання людей похилого віку вдома, забезпечення єдності амбулаторного, напівстаціонарного та стаціонарного догляду; особливостей надання короткотермінової допомоги людям похилого віку; надання психосоціальної підтримки, індивідуального спілкування та участь у загальних дискусіях; допомога в організації вільного часу; активна підтримка членів сімей, що здійснюють догляд, шляхом проведення семінарів, створення та функціонування груп самопомоги.

Отже, становлення професійної соціальної роботи з людьми похилого віку в Україні вимагає кооперації фахівців різних напрямів, вивчення та впровадження в вітчизняну практику світового досвіду соціальної роботи з людьми похилого віку.

2.4. Соціальний захист людей похилого віку у Чернівцях і області

Справа соціального захисту населення в Чернівецькій області та м. Чернівці, як і в цілому по Україні, перебуває у стадії становлення і розвитку, ведуться пошуки її оптимальної структури, основних функцій, провідних напрямів діяльності на різних рівнях.

До вирішення проблем людей зрілого віку долучається Чернівецька міська рада. Зокрема, на її засіданнях приймаються рішення про оренду житла для людей похилого віку, віддання у тимчасове володіння приміщень для проведення вільного часу цією категорією населення. Останнім часом актуальними стали питання про створення доступного життєвого середовища для людей похилого віку та інвалідів.

Міська влада підтримує необхідність першочергового забезпечення доступності мало мобільних груп населення з метою вирішення проблем соціального захисту людей похилого віку та їх реабілітації, що відображена на міжнародному та вітчизняному рівнях. На міжнародному рівні доступність аналізується як передумова реалізації прав людини та її соціальної інтеграції.

У створенні доступного життєвого середовища для людей похилого віку керуються документами ООН, ВООЗ, які визначають напрями соціальної роботи з людьми похилого віку, документами за підписом президента України, постановами уряду України та наказами основних державних відомств, які працюють на вирішення задач людей похилого віку та регіональним законодавством, документами муніципальних утворень (міських і сільських районів, мікрорайонів, трудових колективів). Мають місце у роботі зі створення доступного життєвого середовища рішення, накази, розпорядження закладів та організацій, які напряму працюють з людьми похилого віку.

Доступність життєвого простору для людини похилого віку забезпечується на рівні: повного пристосування житлового середовища до вимог фізично ослаблених осіб та забезпечення в житловому будинку необхідного рівня обслуговування.

Робота міської ради орієнтована на створення умов, визначених стандартами для малобільних категорій населення. Це передбачає забезпечення комфортного життєвого простору для пересування людини похилого віку в житлових будинках, лікарнях, громадському транспорті та на вулиці. Зокрема, прийнято, щоб у житлових будинках встановлювалися поручні з подовженням знизу і зверху не менше 30 см. Висота поручнів сягає від 70 см до 90 см. Плавні заокруглення на кінці поручнів роблять їх доступними для малобільних груп населення. Обов'язковою вимогою є строга паралельність поверхні самого пандуса з урахуванням прилеглих до нього горизонтальних ділянок. Двері в будівлю і приміщення не передбачають порогів, але якщо це неможливо, то він має бути не вищим 2,5 см. Для зовнішніх дверей рекомендована ширина становить 0,90 м. Для внутрішніх дверей така ширина має бути не меншою, ніж 0,85 м. Висота дверного прорізу 2,10–2,20 м рекомендована для всіх дверей. Якщо двері на дві половини, то ширина однієї з них має бути 0,85 м для того, щоб людина в інвалідному кріслі змогла проїхати крізь неї, не відчиняючи другу стулку. Затримка часу дії сигналу на відчинення дверей не повинна перевищувати 15 секунд. Ручки дверей передбачені лише зручної форми й такі що легко відкриваються. Якщо двері автоматизовані то інтервал їх закриття має дозволяти людині похилого віку переміститися.

Вони можуть активуватися: контрастними кнопками (на висоті 0,90–1,20 м), килимками, пультом дистанційного керування, пристроєм для введення картки. Функція автоматичного відкривання позначається умовним знаком. Поворотні двері не пристосовані для людей похилого віку. За їх наявності вхід бажано обладнати додатковими дверима. Прозорі двері та поверхні позначаються контрастним маркуванням для людей з порушенням зору.

Коридори для руху бажано щоб були нековзкі. Якщо вони ковзкі то можна застелити килим. Товщина покриття ворсового килима не повинна перевищувати 1,3 см з урахуванням висоти ворсу. Будь-які зміни рівня поверхні, які перевищують 25 мм, мають поєднуватися пандусом/похилою. Де укладено тактильну плитку важливо використовувати тактильні індикатори в вигляді сталевих смуг і конусів.

Зовнішні двері повинні відчинятися у бік, протилежний від пандуса. Ширина дверних полотен повинна бути не менше 0,9 м. Простір між подвійними дверима не менше 150 см. Решітка для витирання ніг перед входом в будівлю не повинна створювати перешкоди. Для захисту нижньої частини дверей доцільно закріпити протиударні пластини висотою 0,30 і 0,40 м .

Щоб двері було зручно зачиняти людям в інвалідних візках, на них на рівні до 1,2 метра над підлогою закріплюють додаткову ручку. У межах будівлі для кращої орієнтації людей похилого віку використовують систему орієнтирів та контрастність кольорів. Словесні позначення прикріплюють на висоті 1,4 м та 1,6 м та часто дублюють зображеннями, які вказують на призначення кімнати. Для видимості зображення його розміщують або на дверній рамі або на прилеглій стіні. Розклади, графіки роботи, план приміщення, та інформаційні панелі розташовуються на висоті 0,9 – 1,8 м. Вони можуть дублюватися шрифтом Брайля.

У лікарнях для забезпечення безперешкодного доступу до реєстраційного стола людей в інвалідних кріслах, реєстраційна стійка має підніматися над рівнем підлоги у межах 0,75 м – 0,9 м. Бажано передбачити простір для ніг під реєстраційним столом слід– не менше 0,6 м в глибину. Також доцільно врахувати

простір, що необхідний для маневрування інвалідного крісла перед реєстраційною стойкою/столом (1,50 x 1,50 м).

При проведенні капітального ремонту та реконструкції існуючих закладів (установ, підприємств) соціального призначення доцільно передбачати пристосування санітарно-гігієнічних кімнат для потреб людей похилого віку. Нижній край дзеркала розташовується на максимальній висоті – 1 м від рівня підлоги. Для того щоб дзеркалом можна було користуватися в стоячому і сидячому положенні, бажано використовувати дзеркала з нахилом вперед, або встановлювати дзеркала на весь зріст особи на візку. Для відвідувачів, які мають проблеми з рівновагою, з боків умивальника встановлюють поручні. Кнопки або шнури аварійної сигналізації повинні розміщуватися у безпосередній близькості до сидіння унітазу. Система аварійної сигналізації обладнана пристроєм зворотного зв'язку (візуального/акустичного), який повідомляє про те, що допомога скоро прибуде. Вмикач для світла розміщується на зручній висоті – 1,2 м і має світлодіодну підсвітку. У душових кабінах має міститися відкидне сидіння, розташоване на висоті 0,45–0,5 м.

Найважливіші трансформації ванної кімнати, – це низьке розташування самої ванни, встановлені поручні, зручні і не високі крани, розсіювачі та тримачі.

Важливо пристосувати інженерно-транспортну, дорожньо-тротуарну мережу та елементи благоустрою території до потреб людей похилого віку.

Ширина тротуару повинна бути не менше 1,50 м стоки для дощової води, проходи, місця перетину пішохідних шляхів/тротуарів прикриті решітками. Підземні чи надземні переходи необхідно обладнати пандусами або підйомними пристроями або забезпечити надземний прохід.

Пристрої й обладнання такі як таксофони, банкомати, поштові скриньки, рекламні щити, розташовані на стінах будинків не повинні зменшувати простір для проходу, проїзду чи маневрування. Доцільно забезпечити консультанта для людей похилого віку. Чимало з них не володіють технологією роботи з подібними пристроями.

Транспорт для зручності пересування людей похилого віку передбачає обладнання зовнішніми звуковими інформаторами

номера і кінцевих зупинок маршруту, текстовими та звуковими системами в салоні для обов'язкового оголошення зупинок. У тролейбусах та автобусах нового типу розробники встановлюють відкидну платформу для людей похилого віку. Вони розташовані посередині салону чи на дверях біля водія. Ширина відкидної платформи не менше 800 мм, а нахил на тротуар висотою 150 мм не більше 12 %. Нахил на дорожню поверхню не більше 36 % при використанні системи опускання підлоги. Особливо важливий низькопідлоговий транспорт на міжміських сполученнях. Закордонні аналоги автобусів облаштовують підйомними платформами.

Додатковим засобом пересування для людей похилого віку на інвалідних візках стає міська служба перевезення. Вона працює в режимі попереднього замовлення і приїжджає до самого дому.

Продуманий міський простір допоможе залучати до рекреації та дозвілля максимально широке коло жителів. Сприятиме, як підкреслила Є.Ярська-Смирнова, активізації ресурсів людини похилого віку для її успішної інтеграції у суспільне життя. А це провідне завдання міської ради.

Значну роботу з людьми похилого віку в Чернівцях проводять структурні підрозділи Чернівецької міської ради – управління праці і соціального захисту населення. У обласному центрі діють міський центр соціальної та медичної допомоги самотнім нерпрацездатним громадянам «Турбота», три районні служби субсидій з філіями у кожному ЖРЕПі міста, центр соціальних служб для молоді, центр ресоціалізації для бездомних при об'єднанні громадян «Народна допомога», геріатричний пансіонат, міський притулок для неповнолітніх, Буковинський центр соціальної, трудової, професійної та медичної реабілітації інвалідів. Три останні установи утримуються за рахунок коштів обласного бюджету, центр ресоціалізації для бездомних – за рахунок Європейської комісії (до 01.01 2005), підтримки з міського бюджету, інших джерел фінансування. Коротка характеристика основних напрямів роботи окремих організацій дозволяє стверджувати про задовільний стан соціального захисту в області та місті.

Управління праці і соціального захисту населення як структурний підрозділ міської ради, підпорядкований її виконавчому комітету, міському голові, заступнику міського голови з питань роботи виконавчих органів. Працівники підрозділу забезпечують реалізацію в місті державної політики у сфері оплати праці, соціального захисту пенсіонерів, соціально-трудових відносин, багатодітних сімей, дітей - сиріт, інших соціально-незахищених громадян, які потребують допомоги і соціальної підтримки з боку держави і органів місцевого самоврядування.

Основні завдання відділу проводить у напрямі організації та координації зусиль фахівців, що працюють з людьми похилого віку. Зокрема, розробляє обгрунтовані пропозиції щодо поліпшення соціального захисту малозабезпечених верств населення; контролює виконання цільових програм соціального захисту малозабезпечених чернівчан; упроваджує в життя політику міської ради, міськвиконкому з соціального захисту малозабезпечених громадян та надання додаткових пільг тим групам населення, що найбільше її потребують; координує роботу з цих питань; проводить роз'яснювальну роботу серед громадян міста з питань оплати праці і соціального захисту. У підрозділі органів соціального захисту населення залишаються питання призначення та виплати пенсій, житлові субсидії. Для співпраці соціальних служб, що здійснюють соціальний захист функціонує Координаційна рада громадських організацій.

Надає послуги самотнім непрацездатним громадянам похилого віку й інвалідам 1-ої та 2-ої групи комунальний центр соціальної і медичної допомоги самотнім непрацездатним громадянам «Турбота». Діяльність структурних підрозділів центру спрямована на забезпечення соціальної, побутової, медичної, гуманітарної та різного виду нестандартних допомог на дому. Практикувалося надання безкоштовних стоматологічних послуг. Позитивно себе зарекомендував створений в центрі «Турбота» прокатний пункт, в якому соціально незахищеним чернівчанам можна взяти у тимчасове користування інвалідні візки, милиці, ходунки, протипролежневі матраци, холодильники, телевізори. У віданні фахівців центру залишається принесення необхідних товарів з магазину або ринку за рахунок громадян,

приготування їжі, доставка гарячих обідів, годування, в тому числі у пунктах харчування та їдальнях, виклики лікаря, придбання та доставку медикаментів, відвідування хворих в оздоровчих закладах охорони здоров'я, проведення соціально-психологічної реабілітації, госпіталізації, консультивання у лікарів й інших спеціалістів. Забезпечення умов для навчання та трудової перекваліфікації громадян похилого віку; надання безоплатних та платних послуг через пункти побуту; оплата платежів, обробка присадибних ділянок, оформлення документів на санітарно-курортне лікування, влаштування до будинку – інтернату; оформлення замовлень на організацію контролю за своєчасним та якісним обслуговуванням підприємствами торгівлі, громадського харчування, побуту, зв'язку, службами житлово-комунальних господарств, закладами культури, колективними сільськогосподарськими підприємствами; встановлення та підтримання зв'язків з підприємствами, організаціями, де працювали люди похилого віку для надання їм допомоги.

Такі послуги центр надає завдяки злагожденій діяльності відділів:

- соціальної допомоги вдома.
- Медико-соціальної реабілітації та лікування.
- Надання адресної грошової та натуральної допомоги, побутових послуг підопічним центру.
- Відділу з питань надання спеціалізованих послуг, в тому числі платних та господарської діяльності.
- Бухгалтерського обліку та звітності.
- Відділу відбору громадян на обслуговування центром, укладання договорів довічного утримання та організації виконання укладених договорів.

Центром культивується практика укладання договорів дарування нерухомого майна підопічним на користь міської ради.

Соціальний працівник відділення соціальної допомоги «Турбота» зобов'язаний знати діюче законодавство, відповідні нормативні документи, рішення місцевих органів влади, постанови, накази і розпорядження Міністерства та управлінь соціального обслуговування самотніх непрацездатних громадян.

У Чернівцях, як і у області, діяли комплексні програми соціального захисту населення. Постійна увага приділялася

адресній матеріальній підтримці громадян, наданню додаткових пільг і допомог за рахунок можливостей місцевого самоврядування.

На базі ідальні об'єднання громадян «Народна допомога» організовано благодійне харчування для найбільш малозабезпечених пенсіонерів, інвалідів, багатодітних сімей та осіб без постійного місця проживання.

Фахівцями Буковинського центру соціальної, професійної, трудової та медичної реабілітації станом на 2006 рік оздоровлено 46 пенсіонерів, інвалідів та дітей – інвалідів.

Реальна турбота про найбільш соціально незахищених громадян України знайшла своє відображення у гуманітарних програмах Товариства Червоного Хреста. Діяльність служби милосердя Червоного Хреста спрямована на надання медико-соціальної допомоги самотнім, літнім та недієздатним громадянам, які повністю або частково втратили здатність до самообслуговування, і в першу чергу, інвалідам всіх категорій. Медична та соціально-побутова допомога надається працівниками патронажної служби вдома та на базі центрів і кімнат медико-соціальної допомоги, палат, лікарень, хоспісів та інших закладів. На Буковині вперше запроваджені спеціальні мобільні сестринські бригади Червоного Хреста з обслуговування немобільних самотніх людей похилого віку, інвалідів, з метою надання їм синтезованих видів допомоги (яка теж вперше запроваджена у Чернівцях). При Обласному осередку Червоного Хреста створено «Світлицю милосердя» та Громадську приймальню соціальних проблем, які діють як кризові центри для надання всебічної консультативної допомоги. При Обласній, районних, міських організаціях започаткувала свою роботу «Рада благодійників». До неї входять волонтери, представники релігійних організацій, підприємці, комерсанти. З метою залучення громадських організацій до надання допомоги незахищеним верствам населення створено спілку громадських організацій «Захист».

Провідним принципом роботи Червоного Хреста є: гуманність. Червоний Хрест прагне на національному та міжнародному рівні запобігти нелюдським стражданням і полегшувати їх, сприяти взаєморозумінню, співпраці та миру між

народами. Має місце у роботі організації принцип Неупередженості. Червоний Хрест не розділяє людей за національними, расовими та класовими ознаками, а керується виключно їх потребами. Прослідковується у наданні допомоги ідея нейтральності. Червоний Хрест не бере участі у збройних конфліктах і не вступає у суперечки масового характеру. Фахівцями практикуються принципи незалежності та добровільності, універсальності. Незалежність передбачає автономію товариства у наданні допомоги органам державної влади в гуманітарній діяльності. Добровільність вимальовується із форм і методів роботи Червоного Хреста. Товариство добровільна організація для надання допомоги усім потребуючим. Універсальність орієнтована на різноплановий зміст соціальної допомоги.

Червоний Хрест у Чернівцях реалізує програму «Людина – соціальна допомога». У області відкрита одна з найперших лікарень Червоного Хреста у смт.Берегомет. Діє два медико-санітарних пункти, відкрито два реабілітаційні відділи, 10 медико-санітарних кімнат Червоного Хреста. У цих закладах надається допомога самотнім людям похилого віку, інвалідам усіх категорій.

З першого лютого 2007 року Чернівецька Обласна Благодійна Спілка Самаритян разом з фондом «Взаєморозуміння і примирення» розпочали проект допомоги людям похилого віку. Метою цього проекту стало надання медико-соціальних послуг самотнім непрацездатним громадянам, що втратили можливість до самообслуговування, учасникам війни та бойових дій з числа осіб, які зазнали націонал-соціалістських переслідувань у роки Другої світової війни. Завдяки фінансуванню об'єднання робітничих самаритян в Німеччині та німецького фонду «Пам'ять, Відповідальність та Майбутнє» в Чернівцях з'явилась можливість допомагати цій категорії населення. Серед побутових послуг, передбачених проектом, – прибирання квартири, миття вікон, заміна білизни, прасування, вибивання килимів, перестилання ліжка, приготування їжі, миття посуду тощо. До медичних послуг що надаються належить вимірювання тиску та цукру, і аускультация легень, серця, догляд за язвами, трофічними виразками, клізми, підшкірні, в/м та внутрішні ін'єкції та багато

інших маніпуляцій. Серед заходів соціально-правового характеру доцільно звернути увагу на заходи із забезпечення захисту саодиноких людей від насилля, залякування, різного роду юридичні консультації, владнання формальностей з встановленням телефону, підтримка у вирішенні проблем з проявами бюрократії, відповіді за запитами в архівні установи як вітчизняні так і зарубіжні, допомога в отриманні необхідних відомостей про родичів, а також даних які дадуть можливість отримати статус учасника війни.

Провідним закладом стаціонарного перебування людей похилого віку є Чернівецький геріатричний пансіонат. Він функціонує вже 22 роки і розрахований на 165 осіб. Пансіонат приймає людей, які потребують постійної сторонньої допомоги та медичного догляду. Щоб бути зарахованим до геріатричного пансіонату людині похилого віку потрібно написати заяву та бути готовою віддати 75% пенсії на утримання закладу. Ці кошти йдуть на розвиток пансіонату: додаткове харчування, медикаменти та предмети догляду, одяг, проживання у палатах від . 1 до 4 осіб. Решту 25% пенсії клієнти пансіонату витрачають на власні потреби.

Рішення про перебування людини похилого віку ухвалюють соціальні служби за місцем реєстрації людини та департамент соціального захисту. Першочергове право на проживання у геріатричному пансіонаті мають саодинокі люди, які не мають прямих родичів, що за законом мають їх забезпечувати. Своєю діяльністю геріатричний пансіонат провадить на основі положення. У ньому обгрунтовано основні напрями роботи пансіонату, завдання кожного відділу.

Переважно до закладу потрапляють особи, які перебувають в складних життєвих обставинах чи ті від кого відмовилися родичі. На початок 2010 року серед проживаючих нараховувалося – 39,06 % таких осіб від яких відмовилися родичі. Серед них, ті що мають матір – 3,18 %, ті, які мають батька – 0,52 %, у кого є сестра – 11,97 %, у кого живий брат – 8,85 %, з племінниками – 9,37 %, тіткою – 1,04 %, ті що мають сина – 11,45 %, ті хто виховував доньку – 6,72 %, у кого залишилися внуки – 4,16 %, у кого жива невістка – 1,58 %, ті у кого живий чоловік – 1,58 %, ті, у кого жива бабуся – 0,52 %.

Платне перебування в пансіонаті ґрунтується на договорі про стовідсоткове відшкодування витрат пансіонату. Середня сума для приватних осіб становить прожитковий мінімум. Як правило, оплата перебування старої людині в пансіонаті це поодинокі випадки, тому більшість підопічних перебувають на державному забезпеченні.

У геріатричному пансіонаті створення належних побутових умов особам похилого віку відбувається відповідно до спеціального Положення «Про геріатричні пансіонати». Персонал добре обізнаний зі звичками, захопленнями літніх людей, володіє методиками створення позитивного мікроклімату. Практикується провення щоденної фізичної зарядки, фізпроцедури із використанням, електрофореза, ампліпульса, кварца, УВЧ, ультразвука, інгалятора, тубуса кварца, вібровітала, магніта, термомасажної кушетки. Мешканці геріатричного пансіонату мають можливість займатися у спортзалі (для тих, хто потребує спеціальних вправ із відновлення рухливості кінцівок та хребта), читати книги в бібліотеці та переглядати відеоролики в відеозалі, займатися працетерапією (в підсобному господарстві, на харчоблоці, в овочесховищі). Для мешканців пансіонату в актовому залі влаштовуються різноманітні концерти, виступи творчих колективів області. Вони самі можуть брати участь у художній самодіяльності.

На території пансіонату відкрита обрядова кімната для проведення богослужбових практик. У кімнатах, де мешкають люди похилого віку забезпечено належний гігієнічний режим. Він сприяє підтриманню життєдіяльності тих, хто має серцево-судинні захворювання (40,0 %); хвороби органів дихання (23,6 %), проблеми із зором (13,4 %), складні хвороби опорно-рухового апарату (68,2 %), захворювання нервової системи (7,8 %), психічні розлади (6,6 %), проблеми шлунково-кишкового тракту (5,7 %). До усіх хворих застосовується відновна терапія, або реабілітація, яка передбачає медичну, психологічну, соціальну, трудову, професійну реабілітацію. Важливою особливістю реабілітації людей похилого віку є необхідність створення сприятливого емоційного клімату для людей похилого віку. Персонал докладає зусиль, для розвитку у людини похилого віку відчуття власної гідності, навчання клієнтів самореалізації. У

ході здійснення реабілітації значення має план відновної терапії, ознайомлення з його деталями. Це покращує самопочуття людини похилого віку, стимулює її до боротьби за своє одужання, сприяє подоланню депресії. У комплексі лікувально-відновної фізкультури практикують вправи на вироблення та постановку правильного дихання. За віком групи для занять комплектують так: чоловіки 35–40 років, 41–60 років, 61 року і старші, жінки – 30–35 років, 36–45 років, 46–55 років, 56 років і старші. У ході виконання фізичних вправ враховуються індивідуальні особливості старіючого організму: стан серцево-судинної системи, зміни її реактивності. Достатньо часто в реабілітації застосовується класичний, сегментний чи точковий масаж.

Лікар геріатричного пансіонату виконує лікувально-консультативну функцію та керує вихователями, середнім і молодшим медичним персоналом та працеві інструкторами, які забезпечують проведення працетерапії. Він, зважаючи на результати та рекомендації медичних оглядів, визначає для кожного хворого вид, режим, тривалість трудових процесів, можливі варіанти включення до трудових процесів. Усі записи фіксуються в історії хвороби. Під керівництвом лікаря узгоджуються правила внутрішнього розпорядку. Середній медичний персонал геріатричного пансіонату сприяє реалізації приписів старшого лікаря. Територія Чернівецького геріатричного пансіонату добре облаштована. Пансіонат виборів І місце з благоустрою території серед соціальних установ. Методично грамотне обслуговування осіб похилого віку в умовах геріатричного пансіонату займає важливе місце в системі соціального забезпечення. Це позначається на покращенні матеріально-технічної бази для вдосконалення терапевтичної роботи та проживання людей похилого віку.

На основі запитань, розроблених Є. Холостовою, нами проведено опитування людей похилого віку, що проживають у Чернівецькому геріатричному пансіонаті. Метою опитування стало встановлення причин перебування людини похилого віку в Чернівецькому геріатричному пансіонаті. Опрацювання результатів дозволило виявити особливості сімей, у яких вони проживали до переїзду в заклад. Ми встановили такі особливості

сімей, представники яких перебувають у пансіонаті: конфлікти – 55%; смерть шлюбного партнера – 64%; окреме проживання у дитинстві – 97%; «неправильне виховання» власних дітей – 98%; у сім'ї не було поваги – 56%; повторний шлюб не сподобався дітям – 5%; різне соціальне становище батьків та дітей – 23%.

Основними причинами відмови дітей від догляду за батьками є окреме проживання батьків і дітей, часто вимушена трудова міграція дітей – 56%; житлові негаразди – 56%; проблеми зі здоров'ям – 67%; девіантна поведка дітей – 34%; девіантна поведінка батьків – 67%.

Тобто більшість клієнтів Чернівецького геріатричного пансіонату переживали психологічний дискомфорт та мали труднощі в спілкуванні з близькими, не були залучені до сімейного життя або самотні вдома.

Часто аби привітати із Міжнародним Днем людей похилого віку до Чернівецького геріатричного пансіонату навідуються представники міської ради, міського товариства Червоного Хреста України,

Сьогодні Чернівецький геріатричний пансіонат має проблему з кадрами. Серед працівників – 38 пенсіонерів, і тому деякі з них, за станом здоров'я, гірше виконують свої функції.

Зростання попиту на будинок для людей похилого віку в м.Чернівці актуалізувало доцільність соціального комплексу для обслуговування людей похилого віку. Подібні заклади відомі в США, Італії. Передбачається, що новий комплекс відповідатиме міжнародним стандартам, при комплексі працюватиме перша в Україні соціальна лікарня. Потужності їдальні та прального блоку комплексу дозволятимуть надавати послуги не лише підопічним пансіонату, але й пільговим категоріям чернівчан на безоплатній основі (приготування та доставка обідів додому, прання білизни тощо), а також самотніми пенсіонерами із заможних родин на платній основі.

Для реалізації цього проекту, рішенням сесії міськради вже виділена земельна ділянка площею 6 га. Міська рада подавала проект на Всеукраїнський конкурс соціальних проектів органів місцевого самоврядування.

Геріатричні будинки-інтернати для перебування і реабілітації інвалідів та самотніх непрацездатних громадян у

Чернівецькій області відкриті та надають послуги у с. Коритне Вижницького району, с. Романківці Сокирянського району, с. Чудей Сторожинецького району.

Значну увагу в області приділено навчанню дорослих, в тому числі й людей похилого віку. У місті Чернівці на 2021 рік функціонували два університети третього віку при комунальному центрі «Турбота» та заснований католицьким об'єднанням «Справа Кольпінга в Україні».

Свою діяльність університети організовують відповідно до принципів андрагогіки, що обґрунтовані О. Сисоевою, Л. Тимчук.

Теоретична база андрагогіки полягає у тому, щоб переконати людину й людство у необхідності дорослішати духовно, психологічно, соціально. Її практична мета у розробці вправ і тренінгів, що дозволяють людині оволодіти до рівня власних дій андрагогічними моделями і технологіями взаємодії з навколишнім світом в основі яких толерантність, демократичні принципи, гуманні способи, розумність, самостійність, цілеспрямованість, тобто духовність.

Звернемо увагу на роботу Чернівецького університету третього віку ГО «Справа Кольпінга в Україні» (ЧУТВ). Побудова об'єднання на родинній основі спонукає всіх членів до відкритості та небайдужості один до одного, солідарності у спільних діях і вчинках, з'єднуючи всі покоління в одному благому покликанні.

У діяльності університету третього віку знаходять своє втілення основні завдання діяльності об'єднання: допомогти кожному члену об'єднання бути християнином у світі, тобто повсякденній праці, сім'ї, в своїй церкві у суспільстві та державі; сприяти підвищенню чуйності членів об'єднання до справ страждених людей в дусі взаємної допомоги; сприяти захисту зародженого життя та програмам із захисту материнства і дитинства; своєю активністю та активністю членів об'єднання примножувати загальний добробут суспільства, а також співпрацювати з усіма, бажаючими взяти участь в покращенні життя людей, потребуючих допомоги у християнському розумінні.

Соціальна програма університету призначена для осіб, які вийшли на пенсію і мають потребу в отриманні додаткових знань й умінь.

Для досягнення своєї мети ЧУТВ проводить діяльність зі створення та реалізації програм, спрямованих на збереження історичної і культурної спадщини України, організації та проведення культурно-просвітницьких й освітянських заходів, створення засобів масової інформації, організації інформаційних, відпочинкових та спортивних зустрічей, сприяння розвитку фізичної культури, спорту і туризму, створення відповідних оздоровчих груп та секцій у внутрішній структурі ЧУТВ для задоволення інтересів слухачів тощо.

Згідно з Положенням діяльність ЧУТВ базується на засадах:

- командності та співробітництва;
- взаємної поваги та дотримання норм суспільної моралі;
- дотримання норм мовленнєвого етикету;
- волонтерської діяльності;
- рівноправності;
- дотримання загальноприйнятих норм етикету (наприклад, ввічливості, тактовності, делікатності, точності, чистоти та порядку);
- вирішення спірних питань і розв'язання конфліктів.

Слухачами ЧУТВ є члени Товариства «Родини Кольпінга», громадяни України, які досягли 50-ти років, і згідні з цілями та завданнями соціальної програми, а також ознайомлені з її концепцією й етичним кодексом. Безпосередній прийом в слухачі здійснює керівник ЧУТВ на основі заяви літньої людини. Першим керівником об'єднання була Проскурняк Валентина Іванівна. На 2021 рік керівництво здійснює Людвіг Маркуляк.

Соціальна програма за роки функціонування у Чернівцях досягла значних успіхів; кількість слухачів з кожним роком стає дедалі більшою (станом на листопад 2016 року – 157 осіб), а відгуки про навчально-виховний процес в ЧУТВ носять виключно позитивний характер.

Університет практикує семінари, круглі столи із залученням громадськості краю. Зокрема, зусиллям центру, спільно з гуманітарним клубом «Буковинська книга» та магазином «Наука» було обговорено питання «Чернівці як культурний

центр та чернівчани як носії та впроваджувачі міської культури». Підсумовуючи дискусії що велися, учасники семінару прийшли до висновку, що Чернівці – місто інтернаціональне, громади, що тут проживають толерантно із розумінням ставляться один до одного. На фестивалях, міських святах як чернівчани так і гості міста діляться своєю майстерністю, секретами, національними здобутками.

Серед помітних заходів, що проводилися в межах університету можна відмітити долучення до проекту «Соціальна кухня». У рамках проекту закупили та сформували 35 продуктових пакетів для самотніх, хворих людей Костела Воздвиження Всечесного Хреста. Завершився проект художніми номерами слухачів Університету третього віку імені Адольфа Кольпінга.

З нагоди Великодніх свят учні закладу влаштовують виставки ручних творчих робіт. Керівник майстерні – член Родини Кольпінга Віра Окунева . На виставках представляють вишивку, писанки, розмальовані дощечки, валяні з вовни роботи та рушники.

Освіта людей літнього віку виступає структурним елементом безперервної освіти та має власні концептуальні засади, які вимагають врахування характерних психофізіологічних змін особи при оптимально-позитивному старінні. До таких змін відносять уповільнення реакцій при більшій і швидшій стомлюваності, погіршення здатності до сприйняття, звуження обсягу та зменшення тривалості зосередження уваги, труднощі розподілу і переключення уваги, зниження здатності до концентрації уваги, підвищена чутливість до сторонніх перешкод, деяке зменшення можливостей пам'яті, ослаблення тенденції до «автоматичного» запам'ятовування, труднощі відтворення отриманої ін формації. Зважаючи на такі особливості необхідно структурувати програму навчання та враховувати психолого-педагогічні умови організації процесу навчання людей похилого віку. Тому викладач у своїй діяльності має керуватися вимогами: створення позитивної, комфортної атмосфери навчання; врахування досвіду студентів; вияв поваги, толерантності, врахування вікових фізіологічних та психічних порушень слухачів; вивчення потреб та інтересів студентів, та на

їх основі розроблення програми й змісту навчання; залучення студентів до розроблення програми навчання та проведення занять (особливо практичного спрямування); постійний моніторинг занять з метою коригування змісту і методів навчання.

Освіта людей літнього віку в ЧУТВ від початку базувалася на навчальних програмах для дорослих, які згодом були модифіковані, шляхом введення специфічних дисциплін для людей похилого віку. Чернівецький університет третього віку є одним з елементів системи подібних університетів в Україні та за її межами, але на сьогодні недостатньо емпіричних матеріалів, які дали б змогу уніфікувати напрацьований досвід. Тому, шляхом інтерв'ю ми дослідили ставлення учнів Університету до подібних закладів.

У процесі опитування взяло участь більше 100 слухачів. Віковий діапазон яких представлено на рисунку 1.

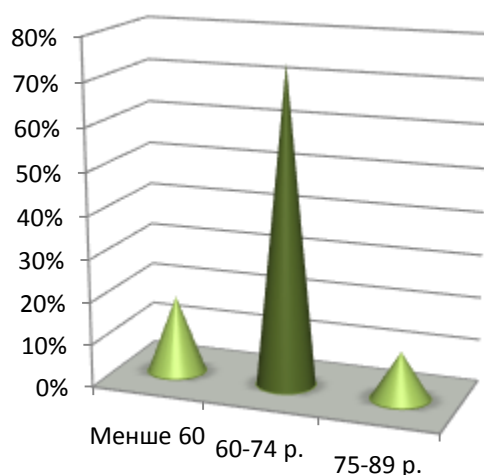


Рисунок 1. Вікові категорії Чернівецького університету третього віку імені Адольфа Кольпінга

Проблема самотності вималювалася із статистики одруження людей похилого віку. Із загальної кількості опитаних одружених менше половини (45 %), в той час, як статус «розлучена/розлучений», «неодружена/неодружений» і «вдова/вдівець» має більша частина (55 %).

Подоланню депресії людей похилого віку, що вийшли на пенсію сприяє вища освіта. Вона, за висловами опитаних, допомагає самореалізації в домашніх умовах, сприяє знаходженню заняттю до душі. Серед опитаних 84 % з вищою

освітою, 10 % – середньою спеціальною, 4 % середньою і 2 % – неповною вищою.

Нами встановлено, що після 75 років відвідувачі університету не працюють. Працюючими пенсіонерами виявилися особи віком молодші за 60 років – 20%.

Половина з опитаних задоволена статусом «пенсіонер», що можна пояснити індивідуальним ставленням особистості до даного вікового етапу, способом життя і станом здоров'я, а також можливістю задовольняти свої потреби.

Основними перевагами у виході на пенсії опитані назвали наявність вільного часу для самореалізації, можливість зайнятися здоров'ям та приділити більше часу родині та домашньому господарству.

Незадоволення статусом пенсіонера викликають у опитаних такі чинники: відчуття непотрібності та самотності, звуження кола спілкування, малий розмір пенсійного забезпечення. Свої заощадження пенсіонери готові витратити на медикаменти, не витратити зовсім, а просто накопичувати, на харчування, та на подорожі.

Для більшості відвідувачів університет третього віку це можливість уникнути самотності, відволіктися від буденних справ, познайомитися з новими людьми, здобути нові знання. Слухачі надають перевагу лекціям, практичним, але найбільше люблять тренінги.

Отримані дані свідчать, що слухачі звикли до характерної для ЧУТВ лекційної форми викладу матеріалу. Також вони позитивно ставляться до організації навчання в формі тренінгу, який у невимушеній обстановці дозволяє отримати нові знання, поділитися власним досвідом. Практичне заняття вимагає від слухачів відтворення теоретичної інформації, а, отже, і хорошої пам'яті, яка у пенсійному віці не така якої хотілося б.

Учні Університету мали змогу вивчати іноземні мови (англійська, польська, німецька, румунська), міжнародні відносини, психологію людських взаємин, філософію, етику і психологію сімейного життя, релігієзнавство, нову та новітню історію України й інші навчальні дисципліни. За рейтингом перше місце серед наведених предметів посідають іноземні мови та психологія. Тобто ті заняття, які сприяють розвитку мислення

та допомагають краще зрозуміти себе й оточуючих. Слухачів цікавлять теми, що пов'язані з подоланням стресу та продуктивним розв'язанням конфліктів.

Переважає більшість опитаних (98 %) відвідувачів позитивно оцінюють роботу Університету та заняття в другу половину дня. Керівництво ЧУТВ враховує інтереси пенсіонерів, складаючи розклад відповідно до їхніх побажань і можливостей викладачів. Результати опитування показали, що пенсіонерам не вистачає розуміння та підтримки з боку оточуючих. Вони сприймають вихід на пенсію як втрату активного способу життя, важко переживають зміну свого соціального статусу. Літні люди мають потребу в ресоціалізації, належному медичному обслуговуванні, культурному відпочинку, тому успішно себе знаходять у роботі та навчанні в університеті.

Долучившись до освітньої роботи Чернівецького університету третього віку імені Адольфа Кольпінга, стверджуємо, що лекційні, практичні заняття сприяють ефективному засвоєнню людьми похилого віку нових соціальних норм, правил і зразків поведінки, замість втрачених, а також допомагають позитивно прийняти зміну свого соціального статусу.

Запитання до теми:

1. Що таке соціальна геронтологія? Коли вона зародилася?
2. Які соціальні заклади надають послуги людям похилого віку?
3. У чому суть соціальної допомоги для людей похилого віку?
4. Назвіть документи, що складають суть соціальної роботи з людьми похилого віку?
5. Які заклади активно працюють з людьми похилого віку в Чернівцях та області?
6. Наведіть приклади соціальної роботи з людьми похилого віку?
7. Які перспективи соціальної геронтології сьогодні?
8. Заповніть таблицю:

Заклад	Послуги, які він пропонує

9. Використовуючи інтерактивний метод «Дуель» обговоріть роботу соціальних служб з людьми похилого віку в Чернівцях і області .

10. Підготуйте доповідь: «Особливості пенсійного забезпечення у європейських країнах »

Тема 3. СПІЛКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ПЕДАГОГА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

План

- 3.1. Дозвілля людини похилого віку
- 3.2. Особливості спілкування
- 3.3. Характерні риси співрозмовника
- 3.4. Рольові позиції та фази спілкування
- 3.5. Мовні кліше

3.1. Дозвілля людини похилого віку

Для багатьох людей похилого віку праця частково втратила значимість як засіб самоствердження та самореалізації. Тому у цих умовах дозвілля розглядається як один з важливих засобів реалізації сутнісних сил людини, як самоцінна суспільна сфера, спрямована на відновлення і розвиток фізичних, інтелектуальних сил людини, на самореалізацію її потенціалу, на задоволення різноманітних потреб.

Першим, хто визначив компенсаційну суть дозвілля й дозвільневої діяльності, функцію суб'єктивної свободи проти вторгнення соціального оточення, був Д.Рісмен. На його думку, вільний час надає зовнішньо детермінованому типу можливість повернутися до самого себе, стає джерелом його індивідуальності й автономізації. Багато західних дослідників розглядають вільний час як засіб компенсації дійсності. Серед них французькі теоретики (Ж.Батай, Р.Кейс, В.Райх, Е.Фромм), американські соціологи (Е.Мейо, М.Мід).

Дозвілля також можна розглядати як засіб подолання соціального виключення людей похилого віку.

Термін «соціальне виключення» у галузевих словниках з'явився нещодавно і, пояснюється у контексті економіки (О.

Ревнівцева), права (З. Галушка), соціального забезпечення (Н.В. Толстих) здебільшого учені розглядають його у контексті перерозподілу благ у суспільстві, в результаті якого споживач вилучається із числа покупців через те, що він готовий заплатити за нього менше ринкової ціни. Підтримуємо думку З. Галушка, що інтерес дослідників до проблеми, полягає у першу чергу в тому, щоб знайти взаємозв'язок тих чинників, що її зумовлюють, та встановити можливість практичного використання цих досліджень у розробці принципів економічної і соціальної політики. У активній лексиці соціальних працівників, що працюють з людьми похилого віку, вживається чимало синонімів на означення цього поняття: «соціальне виключення», «соціальне вилучення», «соціальна ізоляція», «соціальна ексклюзія», проте однастайності щодо визначення самого поняття немає навіть у західній науці. У найбільш загальному розумінні соціальне виключення людей поважного віку пов'язують із невідповідністю частини населення стандартам життєдіяльності, що склалися в суспільстві, це зумовлено передусім порушенням (невиконанням) чинного законодавства в умовах перехідного суспільства. Причинами соціального виключення постають низькі рівні споживання та доходу людей поважного віку; обмежений доступ до суспільних механізмів підвищення добробуту; переважно пасивний тип взаємодії з суспільством. Соціальна ізоляція людей поважного віку на макрорівні концентрується на відсутності доступу до механізмів інтеграції та робить акцент на тому, хто має владу виключати і кого при цьому виключають. Основною при цьому є дискримінація та обмежений доступ до джерел підвищення добробуту, механізмів інтеграції в суспільство. У 90-х роках це питання активно досліджувалося у контексті проблеми бідності та знайшло своє втілення у роботах П. Абрахамсона, У. Бека, П. Стробела, З. Баумана, Ф. Бородкіна, Т. Вершиніної, В. Герчикової, О. Пучкова, Н. Тихонової, Н. Чернініної, О.Ревнівцева. На мікрорівні соціальна ізоляція людей поважного віку зосереджується на специфіці прояву життєвої ситуації членів цієї групи по відношенню до інших членів суспільства. На передній план уже виходить поняття «депривація». На практиці поняття «дискримінації», «депривації» та «соціального виключення» не відокремлюються в дослідженнях.

Соціальне виключення людей похилого віку зачіпає два види ізоляції: соціальну та фінансову. Соціальна ізоляція людей поважного віку призводить до неможливості отримати роботу, відсутності доходів, ізоляції в соціальних мережах, таких як родина, сусіди або громада, до неучасті в процесі прийняття рішень та зниження якості життя. Фінансова ізоляція характеризується як відсутність доступу окремих осіб, сімей або груп населення до першочергових фінансових послуг у формі, що відповідає їх потребам. Причини та наслідки фінансового виключення можуть призвести до соціального виключення. Соціальне виключення людей поважного віку має у селі та у місті різний характер. У місті суттєвими характеристиками є розрив соціальних зв'язків людини поважного віку, що пов'язаний з її виходом на пенсію та самотність. А в селі проблема загострюється ще й відсутністю розвинутої соціальної інфраструктури (основні фактори – недоступність медичної допомоги, низькі доходи, погані побутові умови, неможливість використання соціального захисту тощо).

У дослідженнях соціального виключення можна виділити окремі напрями. Зокрема, питаннями нерівного доступу людей поважного віку до освіти займалися Р. Коллінз, П. Бурдье, П. Сорокін, Д. Константіновський, Ф. Шерега; нерівністю (щодо винагороди) в професійній сфері – Р. Мертон, Г. Батигін, Т. Заславська, М. Шабанова; руйнуванням соціальних зв'язків – П. Лазарсфельд; факторами та механізмами, що запобігають соціальній поляризації, – Р. Мертон, М. Руттер, Н. Мадж, Т. Шанін.

На відміну від визначення поняття «бідності», поняття «соціального виключення» акцентує увагу на нестачі у індивідів низки прав, обмеженості доступу до інституцій, що розподіляють ресурси, насамперед – ринку праці. Західні дослідники запропонували перелік громадянських прав, що склав основу для розробки концепції соціального виключення, а саме: право на допомогу при народженні, безпечний і здоровий життєвий простір, адекватне харчування, на доступну медичну допомогу, якісну практичну освіту, на політичну участь, на економічно продуктивне життя, захист від безробіття, на гідну старість та пристойне поховання.

Масштаби соціальної ізолюваності людей похилого віку, що супроводжуються негативними наслідками для здоров'я цієї вікової категорії вражають цифрами. За результатами опитування, організованого Мічиганським університетом у 2017 р. кожна четверта особа похилого віку вважала себе соціально ізолюваною та одна з трьох переживала самотність. У той же час у Великій Британії нараховувалось півмільйона людей похилого віку, які щонайменше від п'яти до шести днів на тиждень ні з ким не бачились і не спілкувались (дані «Age UK»). Більше половини усіх людей віком від 75 років живуть самі. Дві п'ятих (близько 3,9 мільйона) кажуть, що телевізор є їх основним «співрозмовником». А фахівці прогнозують, що протягом наступних 10 років рівень самотності зросте ще на 49 % .

Чимало науковців розглядають проблему соціальної ізолюваності поруч зі проблемою самотності, що характерна для людей поважного віку. Суб'єктивною схожістю проблем є відсутність контактів людини похилого віку, які б приносили їй задоволення життям. На думку професора, директор Техаського навчального центру з геріатрії Роберта Руша самотність може бути попередником складних епігенетичних змін, що зумовлюють розвиток раку. Разом з тим, потрібно вказати на групу осіб похилого віку, які генетично несхильні почувати себе самотніми і значно легше переживають соціальну ізоляцію.

Учені проаналізували дані про 65 тисяч чоловіків і жінок, старших за 52 роки, які в 2004-2005 роках брали участь у другій хвилі широкомасштабного дослідження старіння ELSA (English Longitudinal Study of Ageing). Учені визначили «індекс соціальної ізоляції» кожного з них, підраховуючи, як часто вони спілкувались зі своїми родичами і друзями. Крім того, учасники заповнювали анкету, за якою дослідники визначали, наскільки гостримв анкетованих проявлялося почуття самотності.

Як з'ясувалося, обидва досліджуваних параметри пов'язані з підвищеною смертністю. У групі з високим рівнем соціальної ізоляції померли 21,9% (з низьким – 12,3%), а в групі з високим рівнем самотності 19,2% (проти 13%). Учені підкреслили, що суб'єктивне відчуття самотності, яке переживає людина похилого віку не впливає на тривалість життя людини.

Ступінь самотності залежить від очікувань людини стосовно інших. Крім того, може спостерігатися явище, описане ще Е.Берном: у багатьох літніх людей, які в молодості слідували батьківським сценаріями, відбувається втрата активності. Справа в тому, що батьки не передбачили сценарію для старості. Людина тепер може вибирати їх сама. Але вона цього робити не вміє, самій вибирати небезпечно, тому припиняються будь-які форми активності, в тому числі й спілкування.

За словами Уордл, зниження рівня соціальної ізоляції та самотності важливе для підвищення якості життя, проте зусилля з подолання ізоляції можуть дати більш позитивний ефект. Якщо рівень солідарності в Україні залишиться незмінним то держава залишиться державою ізольованих людей.

Вважаємо, що заходи з подолання соціальної ізоляції людей поважного віку служби соціального обслуговування повинні практикуватися у таких напрямках:

- створення умов для вільного різноманітного спілкування осіб старших вікових груп між собою, зі своїми родичами та членами сім'ї, представниками трудових колективів, а також доступ до занять художньою самодіяльною творчістю та ремеслами;

- залучення літніх людей до процесів виховання, духовно-морального розвитку дітей та молоді;

- сприяння згуртованості осіб старшого покоління та залучення їх до діяльності громадських організацій, формувань, сфери політичних, соціально-економічних відносин;

- задоволення пізнавальних і культурних інтересів, збереження та підвищення загального інтелектуального рівня.

Підкреслимо, що функціональне призначення культурно-дозвільневої сфери відбиває наявність відповідних потреб, а також міри усвідомлення соціально-культурними групами, окремими особистостями необхідності використовувати рекреативно-розвивальний потенціал дозвілля. При цьому дозвільневі потреби тісно переплітаються з основними групами інших потреб, таких як фізичні, соціальні й інтелектуальні.

Ефективність дозвільної діяльності як цілісної системи соціально-культурної активності літніх людей, вважає В.Бочелюк, багато в чому залежить від таких факторів:

фінансової і матеріальної бази: розмірів власної пенсії, бюджетного фінансування (у тому числі на соціально-культурні заходи), спонсорських і благодійних вкладень (у тому числі гуманітарної допомоги), часткової комерційної діяльності окремих устано. Проблема дозвілля у багатьох літніх людей виникає тоді, коли рівень мінімального матеріального стану вже досягнутий. Хоча опитування показали, що 95% французьких пенсіонерів вважають, що вміння розпоряджатися вільним часом не залежить від матеріальних можливостей. Значну роль відграє також відповідність моделі організації вільного часу віковим особливостям людей похилого віку: переваги традиційного блоку дозвіллевих заходів і технологій. Неабияку роль відграють підготовлені до роботи кадри: наявності фахівців, які забезпечують реалізацію соціально-культурних технологій з людьми похилого віку. Не треба нехтувати таким чинником як морально-психологічний ресурс: соціальна активність літніх людей, їхні інтереси до дозвіллевих форм і засобів, рівня культурних запитів і потреб. Інформаційно-методичний ресурс: банку методичної літератури, спеціалізованих журналів. Вагомим чинником у організації і змісті дозвілля людей похилого віку має соціально-демографічний ресурс: потенціал історико-культурної самобутності регіону, територіальне положення, професіоналізм працівників сфери соціального обслуговування, соціально-психологічна та культурна атмосфера.

Дозвілля має орієнтуватися на активізацію особистої активності літньої людини, формування її життєвого тону. Ціннісні змісти культури створюють передумови відновлення соціальних зв'язків особистості і суспільства, розвиваючи механізми ресоціалізації засобами дозвіллевих інтересів. На підставі такого підходу можна виділити такі основні функції дозвілля людей похилого віку: збереження зв'язку з широким колом людей. Соціальні контакти похилих людей природним чином скорочуються. Зайняття різними видами дозвіллевої діяльності створюють можливість зустрічей із широким колом людей; задоволення потреби у визнанні. Її випробовують усі покоління, однак для людей пенсійного віку вона має особливе значення у зв'язку з відходом зі сфери професійної активності. Завдяки хобі можна придбати репутацію знавця в тій чи іншій

галузі, одержувати премії, призи, радіти визнанню з боку великої кількості людей; поліпшення і підтримка психофізичного стану. Кожен вид дозвілля поліпшує ті чи інші психофізичні задатки, настрій, розслаблює людину, оптимізує її, спричинює задоволеність життям; збереження і посилення соціальної активності особистості – своєрідний генератор творчої активності, духовних потреб і соціальних. Однією з особливостей культурної активності людей похилого віку є баланс групової та індивідуальної участі. Хоровий спів, дискусійні клуби, фізичні вправи, ігри, майстерні за виготовлення предметів народної творчості, освітні курси – такі заходи не тільки підвищують статус людини в її власних очах, задовольняють її особисті, культурні потреби, а й підвищують комунікативність, яка надто важлива для людей похилого віку.

Великої ваги у розгляді змісту соціальної геронтології набирає питання участі людей літнього віку в суспільному житті і проблема спілкування соціального педагога, працівника з людиною похилого віку.

Участь людей літнього віку у суспільному житті може мати такі форми:

- Політична. Вона виявляється не лише у голосуванні на виборах, але й участі у політичному житті на місцевому, національному, регіональному рівні.
- Добровільна волонтерська робота. Люди похилого віку позитивно себе зарекомендували у спортивній, культурній, соціальній сфері. Участь літніх людей у русі волонтерів широко поширена у всьому світі. Членство є добровільним, тому лідери мають порівняно невеликий вплив на членів асоціації, завжди є можливість вийти з цієї організації. Члени добровільної організації працюють безплатно.

Чимало людей похилого віку захоплюються читанням книг. Вони прагнуть до набуття мудрості – властивості цілісної особистості, розум якої поєднаний з духовністю і доброзичливістю. Це означає, що розуміння проблем літніх людей вимагає врахування їх детермінованості та непередбачуваності життя. Індивід ніколи не може знати все про проблему, про минуле і майбутнє, для нього будь-яке розв'язання проблем завжди є недовизначеним.

Багато старих людей в сімейних стосунках прагнуть поєднати свободу з відповідальністю, активністю. У західних країнах вони надають перевагу незалежному життю, вважаючи важливим, щоб діти або близькі родичі мешкали неподалік. Майже у 80% випадків батьки живуть з одним із своїх рідних на відстані, яку можна подолати за 30 хвилин. Цінність сімейної підтримки залежить від соціального стану сім'ї. Згідно з дослідженнями шведського психолога Пітера Самдстрома (1939 р.н.) географічна свідомість між літніми людьми та їхніми родичами є звичною переважно для представників середнього класу, менше – для робітників. Ймовірно, спричинено це неоднаковими матеріальними можливостями.

Загалом старі люди більше прагнуть активної взаємодії з членами сім'ї, а усамітнення забезпечує їм особистісну свободу. Сім'я є для них опорою. Однак не завжди сім'я здатна вирішити їхні проблеми. Нерідко опікуни є також уже немолодими людьми (одне з подружжя) або людьми дорослого віку (діти). Їх переслідують свої проблеми, а у багатьох з них ослаблене здоров'я. Тому інколи люди похилого віку відчують розчарування через нереалізовані сподівання, а цей чинник може зруйнувати мікроклімат у родині.

Великою радістю у старості є діти та онуки, правнуки. У багатьох дідусів і бабусь налагоджуються з ними дружні взаємини. Ці стосунки часто відіграють домінуючу роль у спонукальній сфері людей похилого віку, дають їм відчуття особистісного та сімейного оновлення, вносять різноманіття у їхнє життя, надають йому сенсу. Дідусь і бабуся виконують важливі соціальні ролі, які мають різну мотиваційну спрямованість. Учені схиляються до того, що старенькі корисні у таких ракурсах як присутність, сімейна гвардія, арбітри та зберігачі сімейних традицій.

Присутність людей похилого віку у житті родини зумовлена їхнім прагненням створити благоприємну для розвитку сім'ї обстановку. Вони часто виконують роль медіатора, намагаються зберегти стабільність у родині, стримуючи внутрішні конфлікти. У ролі сімейної гвардії старше покоління незамінне у питаннях де вимагається підвищена відповідальність, та збереження традицій. Вони беруть активну участь у всіх справах родини, віддаючи себе

вихованню підростаючого покоління. У якості арбітрів люди похилого віку прагнуть зберегти сімейні духовні цінності, підтримати цілісність, спадкоємну єдність поколінь, намагаються згладити конфлікти батьків та дітей. Керуючись принципом старшого та досвідченого вони дають мудрі поради щодо збереження здорової родини. Як зберігачі сімейної історії старші особи переказують історичну правду про події їхньої молодості. Кожна із цих ролей може бути реальною чи символічною, що залежить від родинних традицій, старань і умінь літніх людей.

Подружні стосунки людей у старості, як правило, стають теплішими, оскільки багатьох з них тривожить похмура у фінансовому, емоційному аспектах перспектива життя. Вони часто думають про власну смерть, з гіркотою очікують її приходу. Але найбільше їх тривожить можливість овдовіти. Переживання втрати залежить від того, наскільки сподіваною вона була. Так, стрес від смерті людини, яка довго хворіла буває меншим, ніж стрес від смерті здорової людини. Крім того, у літніх людей реакція на втрату шлюбного партнера менш гостра, ніж у молодих, оскільки вони є більш підготовленими до цього. Жінки легше переживають втрату партнера, самотність, оскільки більш при звичаїлися до самообслуговування, налагоджують стосунки, активно поринають у релігію. Пари, де овдовіли чоловіки, краще забезпечені, що дає їм можливість знову одружитися. Вони менше ніж жінки здатні стежити за собою і це робить побут проблематичним, посилює залежність від родини. Збереження якнайдовше сексуальної активності є могутнім чинником для підтримання життєвого тону старішої людини.

Дозвілля людини похилого віку часто залежить від її емоційного здоров'я, яке проявляється в некерованому посиленні мимовільних реакцій, схильності до безпричинного суму, сльозливості. У більшості людей з'являється тенденція до екстрацентричності, знижується чутливість, здатність знаходити вихід зі складних ситуацій, вони часто заглиблюються у свої думки, переживання, тривоги. На схилі літ люди рідше переживають радість, здивування, багато з них втрачає почуття гумору, інтерес, допитливість. Вони часто відчувають тривогу, пов'язану з очікуванням смерті, із захворюваннями, самотністю, фізичною неспроможністю.

Отже, дозвілля людей похилого віку зумовлене фізичним та психічним здоров'ям цієї вікової групи та матеріальними можливостями. Соціальні служби пропонують різноманітні за змістом і формою способи його проведення. Проте, завжди є люди, що пропагують самотній спосіб життя. І це право вибору треба залишити за людиною похилого віку.

3.2. Особливості спілкування

При розмові з людиною похилого віку соціальний працівник має пам'ятати про можливу самотність, її особисту неповноцінність чи безпорадність. Він повинен з готовністю вислухати всі переживання та почуття людини похилого віку, дати можливість їй виявляти свої почуття, не перебивати її, надати свою підтримку симпатією, емпатією і добротою.

У спілкуванні особливу складність може мати вікова різниця між соціальним представником і літньою людиною, розходження у повноті життєвого досвіду. Тому варто надати людині можливість поділитися своїм життєвим досвідом. Бесіду рекомендуємо починати з корекції емоційних розладів, стимулювання змін у почуттєвих переживаннях, де різниця у віці грає не настільки важливу роль. І лише потім звернутися до питань сенсу життя, намагаючись оцінити його значимість для співрозмовника і показати його необхідність для оточення.

Важливим моментом у спілкуванні є не тільки форма, але й зміст. Якщо людина похилого віку говорить слова «Я відчуваю себе зайвою», «Я нікому не потрібна», у таких випадках соціальний працівник повинен надати допомогу всій сім'ї. Часто люди похилого віку скаржаться на своїх дорослих дітей, зятів, невісток, які покинули їх. Треба уважно вислухати людину, пояснити, що виховна ситуація вже закінчилася, допомогти знайти нові заняття, які б приносили радість і користь їм. Етика міжособистісної взаємодії складна. В її основі головні принципи довіри і доброзичливості, поваги до іншого.

Визнання цінності іншої людини може виражатися у конкретних оцінках і навіть, якщо позитивна оцінка випереджає дійсні достоїнства людини, вона буде намагатися її виправдати, тобто виконати ту соціальну роль, що їй пропонується ззовні.

Терпимість також є одним з важливих принципів, що свідчить про культуру спілкування, про моральне кредо соціального працівника. Терпимість допомагає гуманізувати міжособистісні взаємини, зробити їх більш людяними і доброзичливими. Крім того гуманістична етика ґрунтується на таких моральних цінностях, як довіра, відвертість, безкорисливість, милосердя, доброта, турбота, справедливість. Спілкування передбачає і такі почуття, як товариство, співпереживання, почуття провини, сорому, каяття. Ідеальне спілкування невіддільне від таких цінностей, як воля, справедливість, рівність, любов, повага до внутрішнього світу іншого. Воно виступає як одна з головних ролей соціального працівника. При цьому спілкування відбувається на різних рівнях: соціальний працівник як представник держави, що надає допомогу членам суспільства, соціальний працівник – група, нарешті, соціальний працівник і клієнт. Останнє найбільш значиме, тому що у кінцевому результаті найбільш головним є конкретна людина. Тому оволодіння навичками спілкування вважається дуже важливим і значимим при підготовці соціальних працівників.

До них відносяться:

- уміння вислухати інших з розумінням і цілеспрямовано.
- Уміння виявляти інформацію і зберігати факти, необхідні для аналізу й оцінки ситуації.
- Уміння створити і розвивати відносини.
- Уміння спостерігати і інтерпретувати вербальну і невербальну поведінку, застосовувати знання по теорії особистості й діагностичні методи.
- Уміння обговорювати гострі проблеми у позитивному емоційному настрої.
- Уміння вести дослідження або інтерпретувати висновки.
- Уміння бути посередником і згладжувати відносини між конфліктуючими індивідами, групами.
- Уміння інтерпретувати соціальні нестатки і доповідати про них у відповідних службах чи інститутах.

- Уміння активізувати зусилля підопічних за вирішенням власних проблем.

Щоразу, виконуючи нову роль у певній ситуації, потрібно враховувати багато позицій, що мають вирішальну роль у досягненні мети спілкування. Треба мати на увазі, що спілкування може бути офіційне, офіційно- ділове, неофіційно- дружнє, товариське.

Структурною основою словесної взаємодії виступає комунікативна дискусія, своєрідний діалог, який стосується таких тем, як сучасна людина, її характеристика і поведінка, виховання і освіта, взаємини з навколишнім світом, з колективом.

Участь у спілкуванні вимагає від соціального працівника розв'язання цілого ряду завдань, оволодіння стереотипами мовної поведінки, що передбачає: вміння розпочати бесіду, включитися та підтримати її, висловити власні судження, відстояти свою точку зору, аргументувати її, уміти вислухати співбесідника, об'єктивно оцінити його думку, дійти спільного висновку, вміло закінчити бесіду.

Для етичних норм спілкування розроблено ряд мовних стереотипів.

Серед них: початок розмови, стимулювання розмови, корекція розмови, оцінка висловлювання, припинення розмови, узагальнення розмови, підсумки. Отож під час спілкування доводиться: висловлювати свою точку зору; посилатися на факти, джерело, авторитет; з'ясовувати думку співбесідника; висловлювати згоду, непогоджуватися, заперечувати; вміти виділяти головне, суттєве; уточнювати; доповнювати; ілюструвати; висловлювати сумнів, невпевненість.

І все це треба робити дуже тактовно, пам'ятаючи, що люди похилого віку – це здебільшого мудрі, з багатим життєвим досвідом особистості. Тому важливим компонентом спілкування є обмін життєвим досвідом, що є своєрідним джерелом формування мотивів поведінки у суспільстві. Спілкування у такому разі виступає як мистецтво взаємодії людей. Тут треба пам'ятати техніку взаємин, тобто треба дотримуватися основних правил спілкування.

Спеціалісти виділяють три групи правил спілкування:

Правила комунікативного етикету. Це порядок звертання молодшого до старшого, чоловіка до жінки, гостей до господаря.

Правила узгодження комунікативної взаємодії. Ці правила зумовлюють тип спілкування: ділове, світське, ритуальне, інтимно-особистісне. Різні типи спілкування мають свої неписані закони. Для прикладу, ділове спілкування, має свій кодекс. У межах кодексу корпоративності існує чотири істини:

- істина необхідності достатньої інформації («Говори не більше і не менше, ніж це потрібно у цей момент»).
- Істина якості інформації («Намагайся узгоджувати свої вислови з істиною»).
- Істина відповідності («Не відхиляйся від теми»).
- Істина стилю («Висловлюйся зрозуміло»).

Виділяють шість видів спілкування, беручи до уваги проблему спілкування:

- мовне, немовне (вербальне і невербальне), комбіноване спілкування - виділяють з перевагою одного з комунікативних засобів.
- Ділове (діяльне «вільне») або позадіяльне вирізняють за ситуацією і входженням у відповідну діяльність.
- Спілкування, пов'язане з вирішенням поставлених завдань визначають за змістовним зв'язком і завданнями конкретної діяльності.
- Функціонально–рольове (керівник-підлеглий) або неформальне (спілкування між друзями) виділяють за статусом комунікантів, їх службового становища.
- Особистісно – орієнтоване (звернене до конкретної особи) і соціально – орієнтоване – це спілкування залежить від спрямованості або орієнтованості звернення індивіда.
- За результативністю та досягнутим ефектом спілкування буває бажане або небажане.

Отже, суттєва риса спілкування – наявність морально-психологічного клімату.

Розглянемо особливості спілкування з людиною похилого віку у різних формах роботи соціального працівника.

Бесіда

Бесіда соціального працівника з людиною похилого віку повинна будуватися на принципах довіри, максимальній

природності і невимушеності. Не треба надавати їй характер якогось спеціального обстеження. Бесіда вимагає уміння, такту. До неї потрібно готуватися:

- чітко уявляти ціль;
- розробити план бесіди;
- продумати приблизні запитання (одні запитання повинні для людини похилого віку непомітно перевірятися іншими)

Принципи бесіди

- Обмеження мови соціального працівника (клієнт повинен виговоритися)

- Соціальний працівник ні в якому разі не повинен тиснути на клієнта, давати його діям оцінки, засуджувати.

До особливостей мови соціального працівника на протязі бесіди з клієнтом відносяться наступні:

- максимальне наближення до мови людини похилого віку, у тому числі і звільнення мови соціального педагога від професійних термінів;

- використання соціальним працівником тих характеристик, описів і т.п., які вживає клієнт;

- короткі і чіткі висловлювання соціального працівника;

- вбудовування у мову людини похилого віку самих простих запитань для розвитку діалогу;

- у бесіді повинні обговорюватися задачі і ситуації, які хвилюють кожную людину похилого віку. Головне це бути емпатійним слухачем, який іноді задає коректні запитання, сприяє продовженню бесіди. Добронадійний співбесідник досягне вищого психотерапевтичного ефекту, якщо він зможе вислухати людину похилого віку.

У бесіді можна використовувати техніку парадоксальних запитань, яка дозволить виявити протиріччя і побачити справжнє відношення людини похилого віку до предмету бесіди. Затосувати цю техніку бажано у тому випадку, коли клієнт прикривається загальновідомою істиною, тікає від ситуації. У цьому випадку соціальним педагогом ставиться під сумнів висловлена істина. Наприклад, клієнт каже, що погрожувати недобре. А соціальний працівник перепитує чому недобре

погрожувати? Можуть бути різні відповіді на запитання (це принижує того, хто грубить, чи його не будуть любити).

Мета індивідуальної бесіди – допомогти людині похилого віку перемогти фіксацію на травматичному переживанні, сприяти відшукуванню виходу із ситуації. Доцільно пам'ятати, що наводячи власні приклади, соціальний працівник повинен користуватися пригадуваннями клієнта.

У бесіді фахівець не повинен допускати теми фізичних хвороб людей похилого віку, м'яко перериваючи їх і пояснюючи, що він не лікар.

Ведучим методом взаємодії з людьми похилого віку є групова дискусія. Її суть полягає в обміні думками і судженнями між членами групи.

Завдяки дискусії у людей похилого віку з'являється можливість рефлексувати свої неусвідомлені проблеми, внутрішні протиріччя, труднощі у спілкуванні. У дискусії розвивається вміння імпровізувати, діяти за рамками передбаченого, дослухатися до думки іншого. Цей метод спрямований на досягнення визначеного результату: обмін інформацією, думками на вироблення рішення, досягнення згоди. Саме дискусія дозволяє прояснити позицію людини похилого віку, багатозначність підходів, точок зору з будь-якого питання і у результаті обміну думками підвести учасників до всестороннього бачення предмету. Вона допомагає перемогти старі переконання, побачити альтернативи виходу із ситуації. Обговорення питань пов'язаних з планами на майбутнє є найбільш важко обговорюваною темою для людей похилого віку, але можна активізувати потенціал людей похилого віку.

У ході групового тренінгу люди похилого віку закріплюють навички:

- децентралізації, вміння стати на точку зору співбесідника чи хоча б враховувати цю точку зору, навіть якщо вона протирічить власним поглядам.

- Підвищення рефлексивної властивості, вміння дивитися на себе з боку, застосувати аргументи логічного порядку у дискусії суперечці, відділяти факти і суб'єктивні думки, знання і передбачення.

- Навчання емпатії, умінню зрозуміти і показати самоцінність почуттів, емоцій, переживань.

Зазначені навички дозволяють забезпечити більш адекватну самооцінку людини похилого віку, розширити репертуар міжособистісних ролей, побачити індивідуальну різницю у поведінці і способах розуміння, навчитися розуміти іншу людину, так, щоб надати їй допомогу.

Учасники тренінгу зможуть підвищити здатність усвідомити ситуацію, прагнути визначити як можна більше можливостей вибору при зустрічі з життєвими проблемами і потребами.

Людам похилого віку часто важко робити висновки із власних помилок і невдач у сфері людських взаємин. Підвищити якість методів міжособистісного спілкування дозволяє використання на практиці психологічної теорії щодо людської взаємодії. Життєві установки людей похилого віку визначають їхню схильність до виконання певного набору дій в конкретних ситуаціях. Установка виконує функцію стабілізацію діяльності, дозволяє зберегти її спрямованість і форму виконання, не дивлячись на зміну ситуації. Разом з тим фіксована установка може виконувати і консервативну функцію у тих випадках, коли інші умови вимагають інших прийомів і способів поведінки. Для того, щоб людина похилого віку перемогла свої установки доцільно застосовувати рольові ігри. Рольова гра – це програвання учасниками конкретної ситуації. Ситуації беруться із життя, із практики сімейних відносин і відображають певну сторону цих відносин, як правило ту, де є якості, а тільки роль, безвідносно до того, хто її виконує. Гравець сам приймає рішення, ставить цілі і розробляє програму і добирає програму їх досягнення. У грі він діє так як би він діяв у реальному житті.

Ситуація, що пропонується для програвання, описується в загальних рисах. Тому що неможливо абсолютно реально передбачити ситуацію. Отже, усім гравцям надається можливість доповнити ситуацію деталями, необхідними, на їх думку, для створення відчуття реальності. Дозволяється вводити нових персонажів, задавати програму дій. Приблизні теми рольових ігор для людей похилого віку визначаються їх соціальними ролями у сім'ї.

Можна застосовувати курси вправ, які оптимізують поведінку людини похилого віку, що відчуває почуття невпевненості і страх перед спілкуванням з новими людьми. Програма групових занять складається із набору сцен чи етюдів, які мають елементи соціальної взаємодії у різних сферах спілкування. Сцени конструюються однотипно: один зі учасників взаємодії, слідуючи заданій ролі, повинен відтворити епізод спілкування, інший імпровізує, проявляє цілеспрямованість і впевненість у собі.

Позитивно зарекомендувала себе у роботі з людьми похилого віку особистісно-орієнтована психотерапія. Практикується як індивідуальна так і групова форми. Застосовуються різні варіанти аналізу конфліктних переживань старенької людини.

Організація і власне спілкування з людиною похилого віку дозволяє з'ясувати очікування від соціальної допомоги людині похилого віку, максимально ефективно дібрати форми та методи взаємодії.

У реальній практиці соціального працівника цінності інтерпретуються в таких рекомендаціях: не зашкодь, не перебільшуй ролі допомоги, ілюструй близькість з клієнтом, будь природним, гнучким, доступним, толерантним, утримуйся від критики, визначи межі добрих сосунків; утримуйся від критичних суджень; підтримуй добрі стосунки з клієнтом, але не пережми клієнтом, роби лише необхідне, опирайся на волю клієнта, допоможи людям пізнати їхні внутрішні ресурси, будь реалістом, збільшуй для клієнта кількість варіантів вибору.

3.3. Характерні риси співрозмовників

Характер спілкування багато у чому залежить від партнера, тобто особи похилого віку.

Характерні риси співрозмовників групують на три основні позиції:

«домінантний – не доміантний»

«мобільний-ригідний»

«екстраверт –інтроверт».

- Домінантний співрозмовник – може зав'язати бесіду без зайвих преамбул, прохань чи вибачень. Йому притаманна

впевненість: якщо до нього звертаються, то він може відповідати, або ні. Він напористий, веде себе жорстко, іноді уточнює запитання, рішучий, може згорнути розмову на півслові. Таку людину не варто збивати з домінантності, спокійно витримувати свою точку зору, не пересікатися з ним різкими висловами, не висміювати його силові прийоми – він перестане «натискати» або почне виходити з себе, якщо нема причин – суперечки краще уникнути.

- Недомінантний співрозмовник – майже протилежність попередньому. Це часто делікатний, боязливий, невпевнений партнер, чутливий на сильнішого за себе. Він легко погоджується, терпеливо вислуховує думку, не перериває розмову.

- Мобільний співрозмовник. Легко включається і переключається в розмові. Швидко охоплює у думці партнера, контактує зразу, відкидаючи другорядне, навіть з часом може втратити інтерес до Вас, але «завести його можна повторно і швидко. Як правило, говорить швидко, вираз обличчя змінюється, стимулює часом і вашу розмову. Не завжди говорить внятно, думки у реченні не завершує, вважаючи, що ви його розумієте. На одну тему довго не говорить.

- Ригідний співрозмовник. Це покладистий, врівноважений тип, в контакт входить через певний час, коли для себе щось відзначить. Слухає уважно, говорить вдумливо, зрозуміло, розважисто, часом аж занадто. Не любить щоб його переривали. З такими людьми нетерпеливим важко вести діалог, але ригідні співрозмовники здебільшого розставляють крапки над «і». Серед людей похилого віку цей тип співрозмовника досить поширений.

- Екстравертний співрозмовник – це вроджений співбесідник, бесіда його стихія, якщо немає поруч нікого, йому сумно, він готовий спілкуватися з будь-ким. Якщо доброго спілкування не вийшло, то екстраверт думає, що партнер темнить, не хоче спілкуватися. Все, що знає про партнера, сприймає співчутливо, готовий допомогти. Цікавиться всім, може і трохи побазікати. Поважно відносячись до інших, екстраверт хоче такої ж уваги і до себе, любить, щоб про нього говорили, щоб він був у центрі уваги. Він не переймається невдачами, легко

працює і на завтра готовий вступити в контакт, не тримаючи каміння за пазухою. Це здебільшого особи жіночої статі.

- Зовсім інший характер спілкування з інтровертом: він мусить зробити внутрішній перехід від роботи мозку до реального діалогу. Цей тип тісно пов'язаний зі своїм внутрішнім світом. Щоб увійти в контакт, інтроверт намагається бути зрозумілим, точно підбирає слова, відкидає зайві і другорядні, свого роду "ревізує себе" і робить своє «Я» внутрішнім посередником до партнера. Це, можна сказати, етап рефлексії. Внутрішній світ інтроверта складний, зрозуміти його не всім вдається одразу, він до зовнішнього діалогу переходить поступово. Важко сказати так, щоб тебе зрозуміли. Прихильність до нього сприймає насторожено. Якщо повірив і прив'язався до Вас, то це надовго. Такий тип характерний для осіб розумової праці, аналітиків. А якщо його образили, теж запам'ятовує. Цей тип не любить щоденних зустрічей і буденних розмов. З ним не треба панібратства, триматися коректно і виховано.

Зазначені типи співбесідника вимагають від соціального працівника якостей, які досить вдало обґрунтовані британським психотерапевтом Антонієм Сторром. На його думку, ідеальний консультант це симпатична людина, відверта і відкрита до почуттів інших; вона здатна ототожнюватися з різними людьми; але не сентиментальна, ця людина яка не прагне до самоствердження, однак здатна захистити свою думку; вона вміє служити на благо своїм клієнтам.

Серед особистісних якостей вчений концентрує увагу на професійно-орієнтованих навиках, що допоможуть людині похилого віку в спілкуванні. Серед вагомих емпатія (від грец. «*patho*» – співпереживання), як здатність консультанта відчувати емоційний стан клієнта, «побачити світ таким, яким його бачить клієнт». Емпатію соціальний працівник проявляє через поведінкові реакції: зацікавлений вираз обличчя, відкриті жести, підтримуючий тембр голосу. Важливим аспектом його професійності є непідробний намір допомогти іншій людині та поведінка під час спілкування. Не зайвим будуть позитивне ставлення і толерантність. Перше розуміємо як здатність співрозмовника сприймати позитивно іншого, не залежно від того, як останній виглядає чи що він про себе розповідає.

Співрозмовник має бути толерантним, терпимим щодо інших людей, їхніх переконань, цінностей і поведінки, проявляти повагу до права вибору людини власного стилю життя, без оцінки та засудження. Він повинен вірити в іншу людину, в її потенціал та можливості змінювати власне життя. Конкретність як риса соціального працівника передбачає здатність прислухатися до слів іншої людини і сприймати лише те, що було нею сказано, а не те, що малося на увазі. Співрозмовник, який залишається конкретним, скоріш за все, буде слухати, приймати і не засуджувати свого клієнта. Соціальний працівник – консультант не буде надавати поради і рішення «нашвидкуруч». На завершення соціальний працівник має розуміти власні особливості та обмеження, знати свої сильні і слабкі сторони. Він не може позбавити людину страждань, не можевилікувати її, однак може полегшити процес прийняття хвороби задля активного життя.

3.4. Рольові позиції та фази спілкування

Всякий контакт має певні закономірності його розгортання. Виділяють чотири рольові позиції у процесі спілкування. Позиція неучасті (вас не помітили чи вдають що не помітили). Позиція «прилаштування зверху», «прилаштування знизу», «прилаштування поруч». У житті трапляються люди, які по-різному реагують на будь-яку інформацію. Ця реакція проявляється при отриманні повідомлення або при спілкуванні. Реакція амбіції. Почувши про досягнення успіху чи вагомість досягнення іншої людини, такий тип осіб намагається зменшити його вагу чи сумніватися у його правдивості. Виставляючи своє «Я» перед іншими, демонструє свою зверхність. Реакція самовдоволення. Особа, отримавши якусь нагороду чи блага, зразу з присмаком хвалиться іншим, що ті аж «зеленіють» чи «бліднуть» від заздрощів. Реакція злорадства. Бачачи невдачу, програш чи провал когось з оточення, суб'єкт втішається з цього і не приховує. Мова не йде про конкретного супротивника по боротьбі, ворога. Цей тип людей радіє з того, що не він попав у біду, а хтось інший: «Мало того, що мені добре. Треба щоб іншим було ще гірше». Реакція захоплення (хапуги). Якщо десь на горизонті розподіляють якісь блага за заслугами, такий тип

першим рветься їх отримати, незалежно від свого рейтингу і становища. Реакція агресії. У будь-якій ситуації, коли виникає конфронтація, така особа, чуючи безкарність, реалізує свою зверхність: погрожує, принижує. Це є результат доведення людини до крайності, це наслідки роздмуханих амбіцій і неповаги до інших. Реакція присвоєння. Після конгруенції (взаємозгоди), коли партнер отримав і відчув своє становище «зверху» або прилаштувався вигідно «знизу» він диктує свою волю партнеру. Або не відходить від нього, ніби прилипає (як реп'ях до кожуха), щоб вгодити, або забагато опікає його. Таким чином, не дає партнеру і дихнути вільно. Реакція байдужості. Навіть не скривиться, коли у когось фізична чи душевна недуга. На його очах можуть ображати чи бити когось – він проходить мимо не реагуючи. Це не боязливість, чи загроза якоїсь розправи над ним, такий тип просто безучасний, цинічний, бо це не його турботи. Такий керівник іноді хизується, що сльози жінки його не розчулили, чи відвідувач не запаморочив йому голову.

Комунікативну поведінку людини під час спілкування поділяють на *чотири фази*.

Перша – спонукання до дії: партнер спрямовує увагу на об'єкт.

Друга – уточнення ситуації: партнер головна особа у діалозі, тому на неї спрямовується психоаналіз з погляду власного «Я».

Третя – власне дія: партнер про щось інформується і від нього теж отримується відповідна інформація.

Четверта – згортання дії: розмова завершується. І добре, коли партнери зрозуміли один одного і дійшли згоди.

Зауважимо, що партнери контактують не ізольовано, а спільно (взаємно), тому ці чотири фази спілкування можна тлумачити по-іншому, з точки зору партнерства.

Перша фаза – взаємоспрямованості (спрямованість на партнера).

Друга фаза – взаємовідображення (вивчення).

Третя фаза – взаємоінформування (сприйняття).

Четверта фаза – взаємовідключення (вирішення, зупинення, відмежування).

Сутність чотирьох фаз спілкування, на думку В. Филипчука, визначається рівнем спілкування. *Виділяють сім рівнів спілкування.*

- Перший – примітивний (низький).
- Другий –маніпулятивний.
- Третій – стандартизований.
- Четвертий – конвенціональний.
- П'ятий – ігровий.
- Шостий – діловий.
- Сьомий – духовний.

Найоптимальнішим рівнем спілкування вважається конвенціональний для вирішення особистих і міжособистісних завдань. Найнижчий рівень реального спілкування – примітивний. Він характерний для невибагливих осіб старшого віку. Тут все йде без загравання, просто і ясно.

Найвищим рівнем вважають духовний (близькість спілкування про високі матерії). Це мандрівники, артисти, інтелігенти, священики, закохані.

3.5. Мовні кліше

Налагодити взаємодію з людиною похилого віку допоможуть мовні стереопити (кліше). Дотримання їх є важливим – від цього значною мірою залежить результат спілкування.

Початок розмови

Давайте поговоримо про...

Я хотів би поговорити з вами...

Я хотіла б порадитися з вами з питання...

Мені треба поговорити про...

Я хочу запропонувати для обговорення тему...

Розглянемо іще один аспект цієї проблеми....

Стимулювання розмови

Продовжуйте, будь ласка...

Ми вас слухаємо...

А що ще Ви можете сказати з цього приводу....

Є ще бажуючі висловитися...

Хто ще хоче сказати...

Подивимося на це питання з іншого боку...

Посилання на джерело, авторитет, думку

Відомо (мені відомо, всім відомо, загальновідомо, всі знають)...

Наскільки я знаю...

Кажуть...

Мені говорили...

Нам розповідали....

Як говориться....

Зі слів.....

За свідченням...

За загальним визнанням....

Судячи по (з)....

Виходячи з останніх спостережень...

В останній час ходять чутки....

В газетах пишуть...

З літератури....

В літературі є....

Особа, яка побажала бути неназваною....

З'ясування думки співбесідника

Як на вашу думку?

Що Ви думаєте про це?

Ви не знаєте?

Що Ви можете сказати з цього приводу...

Що Ви цим хочете сказати?

Що Ви маєте на увазі...

Не могли б Ви сказати?

Що, На Ваш погляд?

Як Ви розумієте, що таке?

Цікаво було знати думку про..

Хотілося б знати Вашу думку?

Корекція розмови

Вибачте, я перерву (зупиню) Вас.

Вибачте, але я хочу відмітити, що....

Я змушений Вас зупинити...

Вибачте, що не даю Вам договорити, але...

Не ухиляйтесь....

Ви відійшли від теми...

Оцінка висловлювання

Позитивна:

На щастя (на велику радість)....
Це цікаво (розумно, оригінально).
Чудово (геніальна думка)
Просто чудово, що...
Ви молодець!
Відмінно сказано...
У Вас світла голова.

Припинення розмови

Я не хочу про це говорити
Мені важко обговорювати цю тему
Не запитуйте мене про це
Я не хочу продовжувати розмову на цю тему
Мені не хочеться говорити на цю тему
Давайте змінємо тему
Досить про це.

Узагальнення

Таким чином
Можна зробити висновок
Таким ось чином
Одним словом (одне слово)
Поставимо крапки над «І»
Спробуємо узагальнити сказане..

Запитання до теми:

- 1.Що таке дозвілля ? Що передбачає дозвілля людини похилого віку?
- 2.Які правила спілкування з людиною похилого віку Вам відомі?
- 3.У чому особливості консультування людини похилого віку?
- 4.Як мовні кліше допомагають налагодити спілкування з людиною похилого віку?
- 5.Які труднощі можливі у спілкуванні з людиною похилого віку?
- 6.Які типи співбесідників Вам відомі?
- 7.Заповніть таблицю «Форми дозвілля людей похилого віку»

Форма	Переваги	Недоліки

8. Підготуйте доповідь на тему «Дозвілля людей похилого віку в умовах карантину»

10. Використовуючи рольовий метод презентуйте особливості спілкування людини похилого віку та соціального працівника з різних питань забезпечення життєдіяльності цієї групи осіб.

Тема 4. ГЕРІАТРІЯ – ГАЛУЗЬ GERONTOLOGICHNIH ZNANЬ

План

- 4.1. Геріатрія – галузь геронтології
- 4.2. Характеристика біологічного старіння організму
- 4.3. Типові хвороби людей похилого віку
- 4.4. Вимоги до медико-соціальної роботи з людьми похилого віку та до їх харчування
- 4.5. Традиційні засоби народної медицини у лікуванні людей похилого віку
- 4.6. Хоспісна допомога

4.1. Геріатрія – галузь геронтології

Медичною галуззю геронтології є геріатрія, вона вивчає хвороби людей похилого і старечого віку, перебіг цих захворювань, шукає засоби їх профілактики і лікування. Саме геріатрія розглядає питання біологічного старіння.

Старіння пов'язане зі змінами, що проходять на всіх рівнях організації життєвої матерії. Закономірні зміни організму називають гомеорезом. Визначення гомеореза дозволяє прогнозувати темп старіння – природній, прихований чи повільний.

Основні механізми старіння зумовили закономірний зв'язок між старінням і структурно-функціональною специфікою клітин організму. Молекулярні механізми старіння клітин різних типів не універсальні. У одних клітинах первинні зміни спостерігаються у регуляції генома, в інших – в мембранних процесах, в енергетичному обміні та потім вторинно в геномі з наступним порушенням в усіх ланцюгах життєдіяльності клітин.

Це встановлено, наприклад, для клітин гладенького м'яза, судин, нирок, кишковика, серцевого м'яза та серця. Важливе значення має системний принцип аналізу механізмів старіння, бо саме він дозволяє оцінити функціональну здатність, надійність, адаптаційні можливості всієї системи в цілому. З урахуванням системного принципу були проаналізовані вікові зміни регуляції кровообігу, дихання, гормональної забезпеченості організму, його рухової діяльності. Велика увага приділялася вивченню фізіологічних механізмів старіння центральної нервової системи, особливо гіпоталамуса.

Уже у працях Гіппократа і лікарів його школи виявляються перші описи ознак старіння і хвороб у старих людей. Так, на думку Гіппократа, флегматики особливо прийнятні до хвороб старості. Він підкреслював, що люди з холодним темпераментом старіють скоріше. Для холериків, навпаки, старечий вік – найбільш здоровий період життя.

Школа Гіппократа вперше розмежувала хронологічний вік людини:

- Дитинство до 14 років.
- Зрілість від 15 до 42 років.
- Старість від 43 до 63 років.
- Довголіття від 64 років і більше.

Також було відмічено, що старші люди почувають себе краще літом і на початку осені. У Давній Греції вперше була розроблена схема гігієнічного режиму для старих людей. У її основу був покладений принцип «все у міру».

Давньогрецький лікар і вчений Гален вивчав старіння і старість, виходячи з прийнятої давньогрецької медичної концепції суті життя, як рівноваги між елементарними якостями: теплом, холодом, вологістю, сухістю. Гален ввів поняття «дискразії» – феномена старості, що проявляється у вартості тепла і вологості тканини і збільшення сухості людського тіла. Припинення рухливого способу життя для старих людей розцінювалася як катастрофа з важкими наслідками. Гален вперше звернув увагу на самотність як одну з причин старіння. Він рекомендував старим людям жити у колі своєї сім'ї.

В епоху середньовіччя значний внесок у розвиток геріатрії внесли лікарі Салермської медичної школи. Вони вважали, що

лікарське мистецтво не може продовжити життя людини за межі біологічної норми, проте, може зробити все можливе, щоб досягнути цієї межі. У XIX столітті клінічні спостереження стають основою вчення про старість, у Німеччині, Англії, Франції створюються геріатричні центри.

Основоположник американської геронтології лікар І. Нашер вважав, що старість є хвороба, перед якою медицина безсила. Під його керівництвом у 1912 році в Нью-Йорку було створено перше наукове товариство.

У середині ХУІІІ століття у Росії виходить книжка І.Фішера «Про старість, її ступені і хвороби».

На початку XIX століття на російську медичну літературу вплинули ідеї відомого лікаря С. Боткіна. Під його керівництвом велися спостереження за фізіологією та патологією старості. Вчений виділив ряд ознак, які характеризують фізіологічну, патологічну і передчасну старість. Фахівець вважав, що якщо процес старіння починається раніше встановленого терміну, тоді це буде передчасна старість, а коли старіння іде нерівномірно, один орган змінюється швидше і сильніше за інших так, що сам старечий процес у організмі уже є патологічним, тоді це патологічна старість. За С.Боткіним І.Мечніков також розробив теорію про фізіологічне і передчасне старіння. При цьому він підкреслював, що по суті ми не знаємо особливостей фізіологічного старіння, бо в більшості випадків настає передчасне старіння, яке є результатом хронічного отруєння організму продуктами гнилого розпаду, які утворюються у кишківнику. Надходячи до крові, вони викликають атрофію специфічних клітин паренхіматозних органів з наступним заміщенням їх з'єднувальною тканиною. Старіння за І.Мечніковим – атрофічний процес, що охоплює увесь організм. Для пояснення І.Мечніков використовував теорію фагоцитоза. Іншою причиною передчасної смерті І.Мечніков вважав інфекційні хвороби.

Учіння про фізіологічне і передчасне старіння у подальшому отримало продовження у працях А.Богомольця, Н. Стражеско. Вони зазначали, що хвороби, хронічні інтоксикації, стан напруження нервової системи зумовлюють передчасне старіння у тому випадку, коли викликають виражені зміни обміну і функції,

впливають на механізм старіння організму. Геронтолог І.Давидовський вважав, що старість завжди передчасна і говорити про її передчасний розвиток нераціонально, але доцільно розмежовувати ранню і пізню старість. На думку Д. Чеботарьова, передчасне старіння пов'язане з дією різних факторів на механізм природнього старіння.

У 1961 році американцем Д.Харманом виконувалися дослідження щодо впливу полінасичених жирів на розвиток ракових клітин. Дієтичні оксиданти, на думку науковця здатні на 45% продовжити тривалість життя людини. Тривалість життя на думку Д. Хармана, залежить від розвитку мітохондрій.

Детальне вивчення фізіології старіння та соціальної геронтології містять роботи Президента наукового медичного товариства геронтологів та геріатрів України, члена рад Міжнародної та Європейської асоціацій геронтологів і геріатрів, почесного члена наукових товариств геронтології та геріатрії Румунії та Росії, голови спеціалізованої вченої ради при Інституті геронтології НАМН України, радника ВООЗ і ООН В. Безрукова

Вивченням старіння людського організму залежно від: соціальних умов, способу життя, організації праці, харчування, рухової активності, реакцій на хворобу, раціональних форм соціальної і медичної допомоги займається галузь медицини – геронтологія.

4.2. Характеристика біологічного старіння організму

Знайомство соціального працівника з конкретними механізмами старіння не закладено у програмі навчання. Тому наведена характеристика старіння організму людини є відносно умовною і досить загальною.

Старіння людини будемо розглядати у двох площинах: фізіологічній та психосоматичній. Почнемо з аналізу фізіологічної площини старіння організму.

Нервова система у старості характеризується різними типами переродження нервових клітин, що найбільш детально досліджені Р.Кунтцом у 1945р. До них належать, крім старчої пігментації, вакуалізація клітин неронофанія, гіалігнова дегенерація, розширення клітини, зморщування, піктоз ядер і

частинок вакуумних клітинок, генетрофія і відточковування дендритів, утворення уявних щіток та кистей і разом з тим перерви у фібриомах і патологічні потовщення їх закінчень.

Учений довів, що процес старчого в'янення мозку морфологічно виражається в дегенеративних і атрофічних явищах в більш диференційованих елементах із заміщення їх інтерстиціальною тканиною (грубими колагеновими волокнами, волокнистою глиною, фібриозними астроцитами).

Лікар Б. Могильницький своєрідним проявом старечих змін вважав старечі бляшки. Вони з'являються в мозковій тканині спочатку в безструктурній масі міжклітинної речовини та є результатом колоїдної флокуляції деяких найбільш змінених ділянок цієї маси. При подальшому розвитку ці бляшки біля ядра утворюють нитки, які приймають вигляд різних фігур. Дослідження М.Мільмана, проведені над гангліозними клітинами головного і спинного мозку показали, що пігментування починається з раннього віку і посилюючись досягає того ступеня, який характерний для старого віку. У молодому віці пігментні зерна мають блідо-жовту фарбу, але тьмяніють, стають легко помітними. У той же час зростає кількість зернят у ядрі. М.Мільман знайшов у дітей 10-12 зерняток, у 19-25 років приблизно 250, а у старих їх так багато, що підрахувати важко. Таке ж накопичення пігменту і у нирках. Цікаво, що інтенсивність пігментації різна в різних ділянках нервової системи. Наприклад, клітини голови півкуль мають менше пігментації, ніж клітини спинного мозку. У рухових клітинах пігментація проходить скоріше, ніж у клітинах чуттєвих.

Маса мозку в старості також зменшується, на 20-30% відбувається потовщення кісток черепа. Зовнішня і внутрішня водянка мозку звична справа, нервові стволи тонкі, розвівлені зникають. Зростає густина мозку і його резистентність, здатність мозку до набухання зменшується. Нервові клітини зморщуються, зернистість зменшується, а іноді зовсім зникає, відбувається атрофія спинного мозку.

Мало відомо про зміни гіпофізу. У старості збільшується з'єднувальна основа залози більшою частиною у передній зоні. Уже у 55-57 років у ній з'являються склеротичні зміни. При цьому міцні пучки з'єднувальної тканини врастають в

аденогіпофіз, спрямовуючись від його основи до центру. Дифузне міжклітинне розростання фіброзних елементів призводить до атрофії желейної тканини. Змінюється структура інкреторних клітин. Еозинофіли стають м'якими, втрачають зернистість, вакуолізуються, їх ядро морщиться. У межовій тканині гіпофізу спостерігається жирове переродження клітин.

У осіб з передчасним старінням у результаті артеросклерозу судин головного мозку показники функціонального стану ендокринних залоз суттєво відрізняються від осіб, які не мають передчасного старіння.

Прикладами погіршення сенсорної системи є деяке зниження гостроти зору (що вимагає вищого рівня освітленості), розвиток далекозорості через розслаблення м'язів кришталика, загальне зниження здібностей до акомодатції через збільшення жорсткості лінзи, поступове зменшення прозорості через денатурацію білків прозорої частини ока. Максимальна кількість світла, яка потрапляє в око, з віком зменшується у 5-6 разів. Зміни слуху характеризуються зниженням здатності відчувати високі частоти, проте, зазвичай це не зашкоджує нормальному розумінні мови та повсякденних звуків. Органи смаку характеризуються втратою чутливості через відмирання смакових бруньок. Цей процес значно прискорюється через тривале споживання деяких продуктів, паління та вплив деяких хімічних речовин, характерних для шкідливих виробництв.

Крім того, сенсорна система помітно уповільнює відповідь на зовнішні стимули, та процеси мислення вимагають більше часу.

Частішою причиною втрати чутливості органів відчуття є багато хвороб, ймовірність яких зростає з віком. У віці 65-74 років порівняно із віком 20-44 років, число сліпих зростає від 0,13 % до 2,5%, число глухих від 0,5% до 5,4%.

У старих загострюється чутливість до дуже високих звуків. Понижене сприймання високих звуків з віком називають закон Увардемакера. З'являється глухота у зв'язку зі змінами зовнішнього вуха, його нервового і судинного апарату.

Одною з найбільш змінних у старості є судинна система. Особливо значні зміни відбуваються в артеріях. Основна маса цих тканин, за класифікацією відомого лікаря М.Бюргера,

належить до брадитрофних утворень. Стінки артерій і артерлол в онтогенезі стають менш еластичні при глибоких змінах в колагенових і еластичних волокнах, а це, в свою чергу, призводить до неперервного збільшення просвіту артерій і товщини стінок самих артерій. Подібні зміни є своєрідним фізіологічним компенсаторним пристроєм до зниження еластичності стінок артерій. У тканинах артерій з віком проходять глибокі зміни. У період старості вони характеризуються дегенеративними процесами, наростанням маси колагенових волокон і колагенової субстанції. Геронтолог Н.Аничков і представники його школи розрізняють три види склеротичних змін судин: атероз або липоїдоз стінки судин, який передуює гіалімізації колагенової тканини інтими; кальцінацію і фіброз середньої оболонки як наслідок некрозу; периендоартеріальний склероз загального характеру. Із всіх цих видів нормальним віковим артерисклерозом є гіпертрофія колагенової тканини інтими із збільшенням її схоластинчих волокон із накопиченням між волокнами основної речовини із наступною гіанімізацією клітини. Некроз медин і запальні склерози Н. Аничков відносить до групи патологічного склероза. Для артерій м'язового типу А. Троїцька – Андрієва наводить наступну схему вікових змін: 0-10 років наростання колагенових волокон за рахунок зменшення проколагена і перетворення їх в колаген. 10-30 років – утовщення колагенових волокон в інтимі, паралельно проходить атрофія медин. 20-40 років є помітним гіалінозом інтими артерії.

Як повідомляє Є. Чайка, подібні закономірності зустрічаються в вікових змінах коронарних артерій з тією відмінністю, що в середньому віці превалює м'язова тканина. За даними вченого, у віці 1-5 років ми ще можемо побачити перевагу еластичної і аргентофільної з'єднуючої тканини над м'язовою. У віці 30-50 років зустрічаємо огрубіння колагенових волокон, а у 40-60 років гіамноз інтими. У 60-70 років різкі дегенеративні зміни об'єднуючої тканини артерії, наприклад, розволочення еластики, глибокий її розпад, відкладення у ній липоїдів. Найважчим видом склерозу є склероз на ґрунті периваскулятив. Такий склероз рано веде до запусіння і швидкого дифузного рубцювання всієї стінки артерій. Згортання крові з віком збільшується.

Серце у старості змінюється. Зміни стосуються його ваги, розвитку мускулатури, положення у грудях. Відбувається зміна характеру окислювальних процесів, помітні зрушення в енергетичних перетвореннях призводять до підсилення глікозу – нанеробного шляху перетворення вуглеводів. Доведено, що у старості в серці зменшується кількість глікогену, але збільшується кількість молочної кислоти, зростає активність деяких гліколітичних ферментів. Посилення глікозу може привести до накопичення недоокислених продуктів, зсуву окислювально-відновлювального потенціалу міокарду, що негативно впливає на функції серцевого м'яза.

Серцева недостатність у старіючому організмі обумовлюється як ступенем розвитку склерозу коронарних судин (їх ущільненням, зменшенням еластичності, потовщенням, звистістю) серця, так і станом кровозабезпечення ЦНС, легень, усієї стінки периферичного кровообігу. З погляду вищезазначеного, стає зрозуміла така особливість старіння як гетерохтонність, яка полягає у тому, що вікові зміни у різних органах і тканинах прогресують у неоднаковому темпі, у різні вікові періоди процеси старіння розвиваються з неоднаковою швидкістю й інтенсивністю. Поряд з віковими змінами виникають пристосувальні механізми, спрямовані на компенсацію викликаних старінням зрушень. Так, вікові зміни кістково-м'язевого скелета грудної клітки, бронхо-легеневого апарату серцевої системи малого кола кровообігу приводять до суттєвого порушення структури легневих обсягів: резервний обсяг вдиху, резервний обсяг видиху – зумовлює закономірне зниження життєвої ємності легенів. Крім того, суттєво зростає залишковий об'єм, що порушує умови легеневого газообміну. Про зниження функціональних можливостей зовнішнього дихання свідчить зміна ряду показників вентиляції, газообміну, бронхіальної прохідності. Разом з тим виникають нові компенсаторні можливості: прискорення дихання, зменшення резервного обсягу видиху порівняно з резервним обсягом вдиху.

Серцево судинні зміни, що зумовлені розвитком організму, спричиняють 61% від загальної смертності населення. За прогнозами інституту демографії та соціальних досліджень

Національної академії наук, внаслідок цього менш ніж за 45 років населення України може скоротитися до 35 мільйонів.

З віком сумарні білки, які визначають функцію і характер метаболізму органу чи тканини, змінюються. При цьому деякі зміни значні і не може бути сумніву у їх впливі на обмін речовин в організмі. Варто звернути увагу, що з розвитком організму змінюються кількісні співвідношення між окремими білками, які відрізняються амінокислотним складом, структурою, властивостями. Такий перерозподіл білків викликає відповідні зміни у сумарних білках. Індивідуальні білки можуть бути піддані віковим змінам хімічного складу структури, а відповідно і властивостей.

У глибокій старості значно змінюються тканини щитовидки. При досить глибоких цитологічних і гастрологічних змінах у старості загальна величина щитовидної залози мало змінюється, але вона помітно зменшується у вазі. Проходять зміни у наднирниках, відбуваються інволютивні процеси в острівцях Лангерганса. Різко понижується кількість острівців, значно зменшуються їх розміри.

Уперше спробував визначити вікове пониження водозв'язуючої здатності колоїдів протоплазми у людей літнього віку зарубіжний геронтолог Т.Торнс. Досліджуючи колометричну кількість вільної та зв'язаної води у мускулах псів і морських свинок, він з'ясував, що з віком зменшується не лише загальна кількість води, але й колоїдно пов'язаної води.

Скелет в старості зберігає кальцій, проте з віком кістки все менше поновлюються, часто зростаються. Що позначається на ступені рухливості людини похилого віку. Ступінь рухливості, в науковій літературі характеризують як здатність особистості до вільного переміщення. Рухова активність забезпечує контакти людини похилого віку з середовищем, впевненість, добрий настрій, впливає на самопочуття та психічне і фізичне здоров'я. Відповідно до медичних показань в соціальній роботі беруть до уваги чотири ступені рухливості старих людей: повна, в межах міста, в межах квартири, обмежена ліжком. Ступінь рухливості характеризує можливості людини похилого віку до самообслуговування та побутового самозабезпечення без

сторонньої допомоги. З віком, особливо після 80 років, ці показники інтенсивно зменшуються.

По мірі старіння кількість мочі у людей похилого віку знижується, і вона не перевищує 1 літр за добу. Велика кількість недоокислених продуктів у мочі грудних дітей і старих показує, що у дошкільному віці окислювальні можливості організму ще недосконалі, а у старому – уже недосконалі.

Ще однією особливістю старіння є обмежене пристосування організму до умов зовнішнього середовища. За умов патологічного старіння вікові зміни за характером протилежні тим, які мають місце при фізіологічному старінні.

Отже, зі старінням організму чітко виступає посилення нерівномірності, гетерехтонності змін організму. Роль однієї системи, одного органу у розвитку призводять до передчасного старіння організму.

Головна зміна, що відбувається з віком у шкірі людини – поступова втрата еластичності, що приводить до виникнення зморшок, і пігментація. На швидкість цих процесів впливають такі фактори, як дія погодних умов та фамільні риси. За еластичність шкіри відповідають волокна еластину і колагену. Еластин поступово втрачається з віком, в колаген формує велику кількість перехресних зв'язків, що і приводить до втрати еластичності. З багатьох спроб затримати виникнення зморшок слід відмітити, що масаж обличчя не показав помітного ефекту під час досліджень. Проте креми, що містять естроген, хоча і викликають деякі побічні ефекти, стимулюють регенерацію шкіри і покращують її еластичні властивості.

Однією з важливих причин раннього старіння організму є хвороби, що перенесені людиною похилого віку після 40 років. Серед них найбільш шкідливими є хвороби системи кровотворення, новоутворення та цукровий діабет. Важливу роль у боротьбі зі старінням відіграє оздоровлення умов його життя. Наукова розробка і запровадження норм раціонального способу життя – актуальне завдання сучасної геронтології і геріатрії. І. Давидовський справедливо підкреслював, що вміння старіти невіддільне від уміння жити, тому людей необхідно навчати умінню жити і старіти, навіть якщо умови життя не сприятливі для розвитку індивідуальності і творчого довголіття. Він

підкреслював, що старість може бути ранньою чи пізньою з біологічних причин, але, як правило, завжди своєчасною і тільки смерть завчасна.

Розглянемо психосоматичні особливості людей літнього та старого віку. Як ми зазначали вище, у старості відбуваються значні зміни в організмі людини, знижується енергетичний потенціал, зменшується кількість води, солей і мікроелементів, погіршується кисневий обмін і кровопостачання мозку, а також спостерігається ряд інших несприятливих фізіологічних явищ. Виникає підвищена психологічна стомлювальність, сповільнення сприймання, реакції і мислення, погіршується пам'ять, слабшає мотивація діяльності, помітні зміни в емоційній сфері: зосередженість на своїх інтересах, вразливість, підозрілість.

Поведінка людини надзвичайно залежить від постачання інформації від сенсорних органів: очей, вух, нервових закінчень в шкірі, м'язах і внутрішніх органах. Проте, немає прямого співвідношення між чутливістю рецепторів і адекватністю поведінки, тому що звичайний рівень стимулювання значно більший, ніж необхідний. Крім того, індивідуум пристосовується до поступового погіршення сенсорної системи, використовуючи доступну інформацію. Більш того, сучасні технології у значній мірі компенсують це погіршення.

Рівень захворюваності в людей літнього віку в два рази вищий ніж у молодих, а у старечому віці – у шість раз перевищує показники молодого населення. Накопичуються хронічні захворювання з тенденцією до поступового прогресування й інвалідизації. Можливо саме тому римський філософ Т. Пуяблі вперше висловив думку, що старість є хвороба, а Л.Сенека підкреслив, що старість – невиліковна хвороба. А.Гелен був переконаний, що старість – це не хвороба, а особливий стан організму. Він розміщував старість на півдорозі між хворобою і здоров'ям. Ф. Бекон вважав, що старість є хворобою і її треба лікувати.

Важливо чітко розрізнити поняття старіння і старість. Старість – закономірний завершальний період вікового індивідуального розвитку людини. Старіння – це руйнівний процес, що призводить до зниження фізіологічних функцій організму. Старіння є постійно розвивальні і незворотні зміни

структур і функцій живої системи. Старіння – це перш за все функція часу, його не можна зупинити. Старість і небуття неминучі.

Існує два традиційні погляди на причини розвитку старіння: у літературі їх називають «закономірності». Перша закономірність стверджує, що старіння – генетично запрограмований процес, результат закономірної реалізації програми, закладеної у генетичному апараті. Друга закономірність розглядає старіння як результат руйнування організму, викликаний різними факторами, дія яких повторюється і накопичується на протязі всього життя.

На сьогодні існує більш як 200 різних теорій процесу старіння, які ґрунтуються на бажанні людини не стільки пояснити старість, скільки знайти пускові механізми старіння, продовжити тривалість людського життя. Серед них згадувані нами: теорія «зношування», теорія «витрачання життєвої енергії в клітинах», «математична» теорія, «інтоксикаційні» теорії, теорія «дисгармонії», «ендокринна» теорія, «нейрогенна» теорія. Окрім перелічених теорій, виділяють ще й молекулярні, клітинні та нейрогуморальні механізми старіння. Їх автори аналізують старіння як порушення генетичного апарату клітин. Відбуваються функціональні зміни: зниження здатності нейронів відтворювати інформацію, знижується функція секреторних клітин – синтезувати і виділяти речовини, зниження рівня працездатності.

Відомий болгарський геронтолог Г.Стройнев, найбільш близькими до істини вважає теорії і концепції, які представляють старіння як біосоціальне явище, на динаміку якого впливають генетичні, соціальні, економічні фактори.

Протягом життя проходить вікова інактивація живої речовини і зниження здатності білка до розпаду. Дійсно за теорією О. Нагорного, якщо допустити, що небілкові речовини можуть піддаватися дисиміляторним перетворенням у складі живої речовини, то один і той же азот може бути використаний при асиміляції і дисиміляції багаторазово. Таким чином, він знову і знову пов'язує небілкові групи, виштовхує їх і разом з ними руйнується. При цьому продукти білкового розпаду не залишають організм, а регенеруються в білок. Останній знову

розпадається і так далі. У свій час В.Нікітін запропонував таку класифікацію різних видів білкового синтезу. Синтез росту, тобто синтез обумовлений ростом органу чи організму у цілому. Регенераційний синтез, який виявляється при відгодовуванні після повного голодування, кровопускання. Цей вид синтезу буде називатися відтворюючим. Синтез стабілізуючий – пов'язаний з відновленням у білках, втраченого внаслідок диспіляторних процесів.

У 1924 році О.Богомолець використовує думки І.Мечнікова про шляхи впливу на активність різноманітних тканин старіючого організму для розробки нових теорій подолання старіння. Сама колоїдоплазія, за визначенням О.Богомольця, – вид електроколоїдної бурі, що виникає в протоплазмі клітин, коли туди потрапляють колоїдні частини крові. За О.Богомольцем, процес старіння розглядають як поступове послаблення реакреативності кліток, в основі якого лежать біофізичні і біохімічні зміни клітинної речовини, зміна його фізико-хімічної структури, поступова втрата клітиною здатності до розмноження, до поновлення своїх біохімічних структурних елементів, засмічення клітини потовщеними частинами її ж власної плазми.

На думку Б.Медовара, старіння, якщо його розглядають як підвищення чутливості до шкідливих впливів або підвищення вірогідності смерті даної особи, складається з двох процесів: вродженого, який залежить від природи, старіння – як результату накопичення змін, що виникають під впливом багаторазових чинників, стресових факторів, травм, інфекцій. У цьому змісті процес старіння залежить від умов середовища.

Мікробіолог, спеціаліст у галузі інфекційних захворювань та імунології, доктор біологічних наук, професор Кеннет Алібек, який уже багато років читає лекції в найвідоміших університетах світу і консультує уряди провідних країн (США, Великобританії, Франції, Голландії), висунув гіпотезу, яка полягає у тому, що основною причиною старіння, і згодом смерті, є різні так звані невисокопатогенні мікроби (включно з вірусами, бактеріями).

Він звертає увагу на те, що багато різних патогенних мікроорганізмів здатні ініціювати або викликати прогресію одних і тих самих соматичних захворювань. Це може пояснювати, чому

деякі дослідники не здатні підтвердити результати, що демонструють зв'язок між певним патогенним мікроорганізмом і специфічними соматичними порушеннями. Водночас у соматичних захворюваннях не завжди можна побачити класичну картину суворої кореляції між патогенним чинником і інфекцією. Кумулятивний ефект таких мікробів як хламідії, хелікобактер, нанобактерії, бактерії періодонту, віруси герпесу, ретровіруси важко переоцінити.

По суті, кожна з наявних теорій старіння є притаманна часу, і представляє конкретний вид і форму хронології інволюційного процесу.

До цих пір ще не створено повноцінної теорії онтогенезу. Причинами є:

недостатньо глибоке проникнення сучасних фізіології, біохімії, біофізики в процеси життєдільності, неповна, уривчастість і недостатня систематичність фактичного матеріалу, односторонність і вузькість підходів.

Розв'язання порушених проблем вимагає залучення зацікавлених центральних органів виконавчої влади та наукових установ, координації роботи з цих питань.

Сьогодні геронтологія має достатньо відомостей про методи і засоби підвищення біологічних можливостей організму. Найбільш дієвими є раціональний режим м'язової активності і так звані геріатричні засоби. Будучи засобами неспецифічної загальної стимуляції організму, геріатричні засоби, як і активний руховий режим, втручаючись у метаболізм, впливають на організм, нормалізують обмінні процеси і функції. Є сильними стимуляторами на молекулярному, клітинному, тканинному рівні. Зазначені методи геріатричного лікування нормалізують порушені взаємовідношення у всіх ланках старіючого організму. Спеціальними дослідженнями було встановлено, що активний руховий режим, вітамінно, новокаїнова АЦС, тканинна терапія підвищують функціональну пластичність всіх ланок складних систем саморегуляції старіючого організму. У похилому віці люди більше реагують на метеорологічні фактори у зв'язку з підвищеною лабільністю стінок судин. Переміна погоди відчувається гостріше, провокує емоційний дискомфорт.

Тим не менше, багато старих людей до старості зберігають свої особистісні якості і трудові можливості. У старих людей більше виражені великодушність, милосердя, розуміння, мудрість. Тому варто говорити не про регрес, а про глибинну перебудову організму в старості.

4.3. Типові хвороби людей похилого віку

За тлумачним словником під поняттям «захворювання похилого віку» розуміють набір хвороб людини, характерних для похилого віку. Частина з них може зустрічатися у будь-якому віці, їх частота лише збільшується із віком. Інші є типовими проявами процесу старіння, і, таким чином, не є хворобами з строгому розумінні цього слова. До найпоширеніших хвороб похилого віку відносять:

- Альцгеймера хвороба – типова для похилого віку умова зменшення розумових здібностей людини.
- Серцево-судинні захворювання – найпоширеніша причина смерті у розвинених країнах.
- Онкологія – друга за частотою причина смерті у розвинених країнах.
- Остеопороз – зменшення мінерального вмісту кісток, зміна їх структури, та, в результаті, зменшення міцності.
- Артрит (остеоартрит) – запалювання суглобів в результаті зношування.
- Хвороби органів відчуття (шкіри, зору, вух).
- Хвороба Паркінсона – порушення центральної нервової системи, в результаті відбувається порушення мови та руху.
- Діабет – порушення вуглеводного метаболізму.
- Інсульт – раптове пошкодження мозку в результаті припинення постачання крові.

Фізіологічні зміни в організмі людини, викликані старінням, зазвичай супроводжуються психологічними і поведінковими змінами. Власне біологічні аспекти старіння включають не тільки безпосередньо зміни, викликані старінням, але й загальний стан здоров'я. Людина у пізньому віці характеризується більшою уразливістю до хвороб, багато з яких пов'язані із зниженням ефективності імунної системи у старому віці. Так звані хвороби

похилого віку, таким чином, є комбінацією симптомів старіння та хвороб, проти яких організм більше не в силах боротися. Наприклад, молода людина може швидко оправитися від пневмонії, тоді як для особи похилого віку вона може стати смертельною.

Крім того, для похилого віку характерні й такі медичні захворювання як: нетримання сечі, безсоння, депресія, ослаблення м'язів, зменшення ефективності імунної системи.

Розглянемо їх та інші детальніше.

У діагностиці захворювань легень людей похилого віку часто мають місце: хронічний бронхіт, рак плеври, мезотелиома.

Частою причиною хронічного бронхіта є тривале вдихання пилу в умовах роботи, наприклад, на текстильних, шерстяних, тютюнових фабриках та подразнюючих газів.

Важливе значення має інфекція, особливо паличка інфлюенци, пневмокок. Приєднання інфекції погіршує протікання хронічного бронхіта, викликає перехід запального процесу зі слизової оболонки на більш глибокі слої стінки бронхіта і перибронхіальну тканину. Хронічний бронхіт може бути наслідком гострого бронхіту, а також симптомом більш глибокого ураження бронхолегеневого апарату. Збудником хронічного бронхіту можуть бути захворювання носа, хронічні захворювання у придаткових пазухах.

На початку захворювання основним симптомом бронхіту є кашель, що посилюється у холодну погоду. У більшості хворих кашель супроводжується виділенням слизово-гнійної мокротини. Він може виникати приступообразно тільки вранці, може турбувати хворого увесь день, а також вночі. Хворі скаржаться на підвищену втому, біль у м'язах грудей і живота (зумовлені частим кашлем). Температура тіла нормальна, в періоди загострення підвищується. У подальшому клінічна картина визначається розвиваючим пневмосклерозом, емфіземою легень, легневим серцем. Прогноз у відношенні до повного одужання невтішний. Якщо у процесі ще не втягнені бронхи і нема емфіземи, можна досягнути значного покращення. Малоприємний бронхіт у старих і дорослих, тому що у них хронічний бронхіт часто призводить до значних змін у легенях і декомпенсації серця.

Рак плеври, мезотелиома виходить із мезотелія або ендотелія лімфатичних судин, частіше уражуючи плевру дифузно, іноді у виді вузлів і поліпозних розростань. Плевра стає міцною, ніби хрящ, нерівною, досягає товщини декількох сантиметрів.

Першим клінічним симптомом є біль у відповідній половині грудної клітини. Часто спостерігаються підвищення температури. Виникає і швидко зникає віддишка. У ділянці плеври накопичується багато геморагічного випоту. Після евакуації рідини, вона накопичується знову. Часто смерть настає через 2-3 місяці після настання хвороби.

Смертність від хвороб серця та системи кровообігу в Україні займає перше місце і у 2-4 рази вища, ніж у країнах ЄС та світу, причому в нашій країні вмирають від цих захворювань не тільки частіше, але й раніше

Аорит – запальний процес, який захоплює окремі сегменти аорти і її основних шляхів, приводить до зменшення кровотоку через ушкоджені ділянки. Картину, що виникає при цьому, називають синдром дуги аорти. Етимологія аорита частіше невизначена і хвороба може розповсюдитися як неспецифічна реакція на зовнішній чи внутрішній агент. Іноді аорит – одне з проявів ревматодної хвороби, а також склодермії. Неспецифічним аоритом частіше хворіють молоді жінки.

Клінічна картина нагадує симптоми ішемії, спостерігається втрата свідомості, головний біль, порушення мозкового кровообігу; при ішемії серця – стенокардія, інфаркт міокарда. Порушення зору, атрофія м'язів обличчя, асиметрія пульсу.

Атеросклероз – захворювання, в основі якого лежить потовщення інтими артерії і утворення у ній ліпідних бляшок. Ці зміни поступово приводять до нерівномірного звуження чи закриття ділянки судини. У результаті погіршується місцеве кровопостачання. У поєднанні з порушенням згортання крові ці зміни обумовлюють схильність до тромбозів. Стінки судин можуть стати крихкими. Атеросклероз ушкоджує головним чином аорту, великі і середні артерії, особливо артерії серця і мозку, обумовлюючи ішемічні пошкодження цих органів. Клінічні наслідки атеросклероза не завжди відповідають вираженості анатомічних змін.

Артеросклероз і його наслідки – одна з головних причин інвалідизації і смертності у розвинених країнах. З віком захворюваність артеросклерозом збільшується. Тим не менше часто є захворювання у молодому віці, особливо у чоловіків, і навпаки, можлива мала вираженість артеросклероза у зрілому віці. Жінки хворіють, як правило, не раніше менопаузи.

Фактори ризику: хворі гіперліпідемією, особливо молодші 50 років, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, ожиріння, несприятливий сімейний стан, куріння, недостатня фізична активність, напружена розумова діяльність.

Гіпертонія – захворювання, основною ознакою якого є схильність до артеріальної гіпертонії, не пов'язана з яким – небудь відомим захворюванням внутрішніх органів. Гіпертонічна хвороба розповсюджена, головним чином, серед осіб старших 40 років і часто супроводжується артеросклерозом. Часто хвороба виникає у результаті тривалого нервово-психічного напруження при певній генетичній схильності. У основі лежить порушення артеріального тиску.

Клінічна картина характеризується скаргами на головний біль, важкість в ділянці потилиці, особливо вранці, тошнота, відчуття мерехтіння перед очима, головокружіння. Можлива схильність до носових кровотеч, після яких головна біль зменшується. Для діагнозу важлива правильна оцінка артеріального тиску.

Ішемічна хвороба серця – захворювання, пов'язане з погіршенням коронарного кровотоку, внаслідок артеросклерозу коронарних артерій; при цьому коронарний кровотік не забезпечує потребу серця у кисні.

У поняття «ішемічна хвороба серця» включають всі види артеросклеротичного ураження серця: стенокардію, інфаркт міокарда, так звані проміжні форми коронарної недостатності, атеросклеротичний кардіосклероз, аневризму серця, скору смерть. До ішемічної хвороби серця не відносять неатеросклеротичну коронарну недостатність, яка спостерігається при різних коронарних і аортальних пороках.

Міокарда захворювання – при міокадах і міокадиоптіях часто порушуються і інші оболонки серця – перикард, ендокард.

Однак, ураження власне міокарда буває провідним в клінічній картині.

Міокардіодисторфія – ураження міокарда, пов'язане з метаболічними і ендокринними порушеннями, може бути супутнім до багатьох захворювань.

У хворих – часто буває тахікардія, іноді брадікардія, різні порушення ритму і провідності. Помітні зниження після перенесення фізичного навантаження, болі поблизу серця не завжди пов'язані з навантаженням і не зникають із вживанням нітрогліцирину.

Судинна недостатність – недостатність периферичного кровообігу, яка супроводжується низьким артеріальним тиском і порушенням кровотворення органів. Розрізняють гостру судинну недостатність (запаморочення, шок, колапс) і хронічну.

Непритомність – гостра судинна недостатність з короткочасною втратою свідомості. Причини різноманітні, частіше пов'язані з вегетативною дисфункцією. Найбільш часто зустрічається вазовагальне запаморочення, пов'язане з ваготонією, що провокується емоційним збудженням – страхом, біллю, невеликою травмою. Таке запаморочення виникає, як правило, у вертикальному положенні і швидко проходить при укладанні хворого.

Шок – важка недостатність периферичного кровотворення з ішемією важливих органів. Основними механізмами шоку є зменшення серцевого викиду, гіповолемія і падіння периферичного судинного тонуся. Частіше спостерігається в гострому періоді інфаркта міокарда.

Колапс – клінічний прояв гострого зниження артеріального тиску.

Хвороба Альцгеймера – найбільш поширена форма деменції, невиліковне дегенеративне захворювання, вперше описане в 1906 році німецьким психіатром Алоїсом Альцгеймером. Як правило, вона виявляється у людей старших 65 років, але існує і рання хвороба Альцгеймера – рідкісна форма захворювання. Загальносвітова захворюваність на 2006 рік оцінювалась в 26.6 млн чоловік, а до 2050 року число хворих може зрости вчетверо. У кожної людини хвороба протікає по-своєму, але при цьому спостерігається ряд загальних симптомів.

Перші помітні прояви зазвичай помилково пов'язують з похилим віком чи пояснюють впливом стресу. Найбільш часто на ранніх стадіях розпізнається розлад пам'яті, цей симптом може виявлятися, наприклад, нездатністю згадати нещодавно завчену інформацію. При зверненні до лікаря і підозрі на хворобу Альцгеймера, для уточнення діагнозу зазвичай аналізують поведінку, проводять серію когнітивних тестів, якщо можливо, проводиться магнітно-резонансна томографія (МРТ). З розвитком хвороби проявляються такі симптоми як сплутаність, дратівливість і агресивність, коливання настрою, порушується здатність говорити і розуміти сказане (афазія), відбувається втрата довготривалої пам'яті і загальне самоусунення хворого від справ у міру загасання свідомості. Поступова втрата функцій організму веде до смерті. Індивідуальний прогноз утруднений через варіацій в тривалості перебігу хвороби, яка може розвиватися підспудно протягом тривалого часу перш, ніж стануть помітні симптоми і буде поставлений діагноз. Середня тривалість життя після встановлення діагнозу становить близько семи років, менше трьох відсотків хворих живуть більше чотирнадцяти років.

На сьогодні не досягнуто повного розуміння причин і ходу хвороби Альцгеймера. Дослідження говорять про асоціацію хвороби з накопиченням бляшок і нейрофібрилярних клубків в тканинах мозку. Сучасні методи терапії лише кілька пом'якшують симптоми, але поки що не дозволяють ані сповільнити, ні зупинити розвиток захворювання. Безліч перспективних методів терапії досягли етапу клінічних випробувань, число яких на 2008 рік становило більше п'ятисот, проте неясно, чи буде доведено їх ефективність. Пропонується безліч способів попередити хворобу Альцгеймера, але не зазначено їх впливу на перебіг захворювання та його тяжкість. Як для попередження, так і для боротьби з хворобою часто рекомендують займатися фізичними вправами, стимулювати мислення і дотримуватися збалансованої дієти.

Хвороба Альцгеймера належить до захворювань, що накладає найважчий фінансовий тягар на суспільство в розвинених країнах.

Ревматизм (хвороба Сокольського–Буйо) – системне запальне захворювання з'єднувальної тканини з переважаючою локалізацією у серці.

Розвивається через 1-2 тижні після ангіни або іншої інфекції. У деяких хворих первинний ревматизм виникає через 1-2 дні після переохолодження без будь-якої інфекції. У перший період захворювання відмічається підвищена температура, сильний піт, запальне ураження серця.

Артрити – відносять до групи захворювань з системним ураженням з'єднувальної тканини головним чином навколо суглобів. Характерним для захворювання є симетричний артрит дрібних суглобів кистей і стоп. Вранці спостерігаються сильні болі, скованість. Спочатку проявляються ексудативні явища (припухлість, випіт), потім розвиваються поліферативні зміни в суглобних і періартикулярних тканинах, це зумовлює стійкі деформації судин і прогресуюче зменшення їх рухливості, майже повну її втрату.

Артроз – найбільш розповсюджене захворювання суглобів, в основі якого лежить передчасне старіння і дегенерація суглобного хряща, пов'язані з порушенням його метаболізму. Причини порушення метаболізму хряща невідомі. Передбачають значення тривалої мікротравматизації суглоба, порушення кровообігу, підвищення активності протеолітичних ферментів, генетичного, імунологічного і ендокринного факторів.

Дегенерація і зникнення амортизатора хряща – викликають ущільнення і деформацію суглобних поверхонь, до яких приєднується фіброз синовідальної оболонки, склероз і зморщення капсули суглоба. Все це веде до стійкої деформації суглоба, проте без значного порушення його функції. Іноді виникає невеликий реактивний синовит.

Уражуються, як правило, тазові і колінні суглоби, а також дистальні міжфалангові суглоби кисті. Але може бути артроз і генералізованим. Поступово з'являються невеликі болі і повільно розвивається деформація суглоба за рахунок кісткових змін при відсутності запальних захворювань. При защемленні кусочка некротичного хряща між складовими поверхні може виникнути симптом блокади – гостра різка біль і неможливість руху в суглобі, які швидко зникають.

Серед урологічних захворювань у чоловіків переважає простатит. Захворювання починається коли інфекція потрапляє у передміхурову залозу гематогенним шляхом із будь-якого запального джерела або із сечоспускового каналу при розвитку у ньому запалення, або після інструментального обстеження. У залозі розвиваються запальний лейкоцитарний інфільтрат і мілкі гнійники, які у наступному можуть злитися і утворити абсцес простати.

Клінічну картину захворювання складає больове мочеспускання, біль у промежині й хрящі, підвищення температури. При катаральному простатиті ці прояви виражені не різко, при фолікулярному – проявляються у більшій мірі і значно виражені при паранхиматозному простатиті, коли лихоманка має септичний характер. Моча мутна, гостра затримка мочі. Якщо не лікувати гострий простатит може перерости у хронічний.

Серед захворювань органів травлення звернути увагу хочемо на гастрит, закреп.

Гастрит – запалення слизової оболонки шлунка. Захворювання характеризує гострий початок різної інтенсивності, больовий синдром, неприємний смак у роті, метеоризм, тошнота, рвота їжею, жовчю, слиззю, понос, температура. Тривалість 4-6 днів.

Закреп – важке випорожнення шлунка. Залежно від етіологічних факторів виділяють такі види закрепів: аліментарні, неврогенні, рефлекторні, внаслідок органічних захворювань центральної нервової системи, запальні, медичні, токсичні, ендокринні.

Основні патологічні механізми закрепів: порушення кишкової моторики, заторможення позивів до дефекації, виникнення органічних змін, невідповідність між вмістом товстої кишки і вмістом кишкового.

Типовою хвороби підшлункової залози є утворення каменів у ній.

Найчастіше каміння утворюються у протоках підшлункової залози або спостерігається дифузне відкладення солей у її паранхемі. Каміння у підшлунковій залозі може бути самостійним захворюванням або вторинним внаслідок раніше

перенесеної хвороби підшлункової залози. Каміння можуть бути різної величини і форми, одиничними і множинними.

Хвороба проявляє себе постійними болями у верхній частині живота, більше зліва або в ділянці епігастрія з іррадіацією у спину, іноді болі мають приступоподібний характер і за типом жовчної коліки. Як правило, болі посилюються після 2-3 годин після їжі, особливо після «грубих» погрішностей. Ускладнення – киста, абсцес, цукровий діабет, рак підшлункової залози, холангіт.

Вірусний гепатит – інфекційне захворювання печінки людини, вірусної природи, характеризується ураженням печінки, ретикулоендотеліальної системи, травного тракту. Розвиток хвороби проходить чотири періоди: інкубаційний, лихорадочний, жовтушний, реконвалесценція. Інкубаційний період – 2 - 6 тижнів. Тривалість продромального періоду від 1 до 2 тижнів. Характерні загальна слабкість апатія, в'ялість, порушення сну, відсутність апетиту. У окремих випадках проявляються катаральні явища зі сторони верхніх дихальних шляхів, шкірний сип, зуд.

Лише через декілька днів після початку захворювання проявляються болі у правому верхньому квадраті живота і в ділянці печінки, селезінки, біль при пальпації по ходу товстої кишки.

Захворюванням ендокринної залози є зоб дифузний токсичний. При ньому спостерігаємо рівномірне дифузне збільшення щитовидної залози, надвироблення тиреоїдних гормонів і зміни в органах і тканинах, викликані великою кількістю цих гормонів.

Захворювання починається частіше непомітно протягом місяців чи навіть років, а іноді – швидко. Хворі швидко втомлюються, розсіянні, підвищена тривожність, серцебиття, пітливість, похудання. Рівномірне збільшення щитовидної залози. Але у деяких людей вона не збільшена.

Ступінь збільшення щитовидної залози і тяжкість клінічних проявів не співпадають.

При важкій формі спостерігається пігментація шкіри повік, геніталій і Януса, також у місцях тиску і натирання одягу, що

пов'язане з недостатньою функцією надпочечників. Волосся тонке, ламке, легко випадає.

Розсіяний склероз це хронічне захворювання, яке має свої ремісії і загострення. Зустрічається у районах з холодним чи помірним кліматом.

У його основі ураження білої речовини, загибель мілієнної оболонки нервових волокон, як правило, осьові циліндри залишаються інтактними і гинуть лише у важких випадках. На місці тих, що загинули, розвивається гліофіброз. Утворені «бляшки» розсіяні по всіх церебральній осі. Бляшки локалізуються як у сірій, так і білій речовині, але в основному в останній.

Дуже часто виникає після грипу, ангіни, які провокують і прискорюють вияв захворювання. Із черепних нервів частіше всього страждають 2,4 і 7 пари. Різко порушується зір і швидко стає нормою. Виникають іноді паралічі. Часом наступають довгі ремісії і зникає практично вся симптоматика.

Головний біль – одне з найбільш частих захворювань, з якими звертаються до лікаря. Причин може бути багато. Приступовий характер болі іноді з відчуттям гнітучої важкості і постійною тупою біллю зустрічається при гіпертонічній хворобі, коли надмірний розтяг артерій веде до посилення венозних пульсацій, потім і пульсацій венозних пазух, в яких багато больових рецепторів. У результаті виникає відчуття пульсуючих болей у голові. Ці болі посилюються кожного разу при підвищенні артеріального тиску, вранці при переході хворого з горизонтального положення у вертикальне і при кашлянні, чханні, при хвилюванні.

Несвіжа важка голова може спостерігатися і при нормальному тиску у хворих атеросклерозом мозкових судин або за малокрів'я. У кожному випадку має місце кисневе голодання тканин з серцевою дистонією.

Головна біль через малокрів'я мозкової тканини спостерігається як у випадках різних інтенсифікацій, так і при захворюваннях внутрішніх органів.

Часто причиною головної болі можуть бути катаральні процеси у придаткових пазухах носа. Недостаність дихання

зумовлює венозний застій у черепі і зумовлює головну біль. Пульпіт одного зуба також може бути джерелом головної болі.

Головні болі, які виникають після читання, можуть бути зумовлені дефектом адаптаційного механізму очей. При цьому потрібна допомога окуліста.

Тремтіння – невимушені насильні коливальні рухи у всьому тілі чи його частинах. Частіше у руках. При емоційних переживаннях тремтіння може охопити все тіло. Старече тремтіння – частий супутник розлитого церебрального артеросклерозу. Як правило, тремтіння дрібнонозмахувальне, ритмічне, локалізується у голові, нижній челюсті, пальцях рук.

Порушення сну – один з розповсюджених у медицині синдромів. Суб'єктивно складається із хвилювань з приводу засипання, неспокійного сну і часті просипання, відсутність задоволення глибиною сну, відсутності відчуття відпочинку після сну. Порушення сну як дія неврозів, психічних порушень, особливо депресії, органічних уражень мозку, уражень внутрішніх органів і хронічних больових синдромів.

Булімія – підвищене почуття голоду при зниженій наситості. Хворі можуть багато з'їдати і не відчувати почуття ситності. Ця форма виникає при порушенні гіпоталамуса, головним чином рецепторів, які сигналізують мозку про накопичення вуглеводів у крові. При порушенні цієї сигналізації настає зниження рівня цукру у крові. При цій формі голод зникає після прийому перших порцій їжі.

Депресія (від латинського слова *depressum* – знижувати, придушувати, гнітити) – стан, що характеризується пригніченим чи сумним настроєм і зниженням психічної активності, що сполучаються з руховими розладами і різноманітними соматичними (тілесними) порушеннями (втрата апетиту, схуднення, запори, зміна ритму серцевої діяльності). Часто буває, що депресія виявляється одним або двома симптомами, і це утруднює діагностику. Депресія може виявлятися тільки болями в грудях, у животі, головними болями, болями в суглобах, больовими відчуттями в усьому тілі, ранніми пробудженнями, порушеннями подиху (утруднений вдих на відміну від бронхіальної астми, при якій утруднений видих), зловживанням алкоголем наркотиками, сексуальною розгальмованістю (людина

хоче гострими відчуттями підняти настрій перебороти хворобливу психічну нечутливість). Визначають наступні маски депресії: стриманість, крізь яку прориваються психовегетативні пароксизми, гіпертензійні кризи, інфаркт міокарда. Ворожість. Підвищена трудова й соціальна активність. Тяга до подорожей. Іронія, сарказм, безшабашність, розгул. Булімія (підвищений апетит), полідипсія (підвищена спрага), посилення тяги до паління, алкоголю, медикаментів. Підвищена сексуальність, своєрідний запій. Лікування депресії потребує впливу кваліфікованого спеціаліста.

Рекомендаціями можуть стати: часті прогулянки, зміна виду діяльності, зміна способу життя, подорожі.

Часто у людей похилого віку спостерігаються іпохондричні стани. Стрижневими проявами сенесто-іпохондричної депресії є будь-які побоювання з приводу стану свого фізичного здоров'я і уявлення про наявність у себе того чи іншого нерозпізаного соматичного захворювання. При цьому мають місце відповідні різноманітні тілесні відчуття, тужливо-тривожний афект з переважанням плаксивості і дратівливості. Спонтанні скарги на погіршений настрій такі хворі висловлюють рідко. Зазвичай вони скаржаться на різноманітні неприємні відчуття, що локалізуються в різних ділянках тіла, всередині або на його поверхні, описуючи їх як відчуття печіння, розпирання, набухання тиску, стиснення, всихання, перекручування, поколювання. Власне іпохондрична симптоматика полягає в зосередженості уваги хворих на своїх тілесних відчуттях. Такі пацієнти постійно будують похмурі здогадки та припущення щодо причини своїх хворобливих відчуттів. Вони активно шукають допомоги, звертаються за консультаціями до різних фахівців, проходять різноманітні, нерідко малоприємні додаткові дослідження, часто змінюють лікарів. При цьому вони постійно пильно спостерігають за станом свого здоров'я: регулярно вимірюють і записують частоту пульсу, показники артеріального тиску.

У лікувальній практиці людей похилого віку доводиться стикатися з проявами делірії (від лат. «delirium» – марення). Делірія вивчається як – патологічний стан свідомості людини похилого віку, що характеризується зниженням здатності зосереджувати увагу на значному, порушеними психічними

процесами. Вона не тотожна деменції, хоча часто проявляється у пацієнтів з такими захворюваннями. Делірія може проявлятися в «позитивних» симптомах або в негативних – нездатності спілкуватися, фокусувати увагу або реагувати на стимули. Часто делірію розглядають не як хворобу, але як клінічний синдром (сукупність симптомів), які є результатом якогось захворювання. Без ретельної діагностики, делірію можна сплутати з психічними захворюваннями: олігофренією, депресією чи психозом. Лікування делірію потребує лікування першопричини. У деяких випадках тимчасове, паліативне або симптоматичне лікування використовується для полегшення стану пацієнтів і для підвищення якості лікування пацієнтів

Серед захворювань очей у похилому віці прогресують глаукома, катаракта, синдром сухого ока.

Для підтримки нормального балансу рідини у оці існує спеціальний «фільтр». Саме цей «фільтр» після сорока років починає «засмічуватися» лейкоцитами, продуктами життєдіяльності. До сорока це ще не дуже помітно, але після, а потім кожні три наступні роки потрібно регулярно вимірювати внутрішньоочний тиск, щоб не пропустити початок хвороби. І якщо людина дивиться на ліхтар або лампу і бачить райдужні кола, це вже свідчить про ненормальний очному тиску тиск – початок глаукоми .

Пройти діагностику можна в поліклініці, в кабінеті долікарської прийому, в «оптиці», де медики мають ліцензії на офтальмологічне діагностування. Як показує досвід, на 1000 профілактичних тонометри лікарі виявляють 10 випадків первинної глаукоми. Якщо вчасно виявити хворобу, допоможуть очні краплі, щоб не осліпнути повністю. У разі запущеної хвороби і коли вже людина скаржиться на втрату зору, оперативного втручання не уникнути. Тому потрібно пам'ятати – від глаукоми люди сліпнуть, але розвиток хвороби можна істотно відстрочити або зовсім попередити, вчасно вимірюючи очний тиск.

Не менш важлива проблема із зором у людей похилого віку спричинена катарактою. Ознаками хвороби може бути зниження зору, розпливчастість букв при читанні, помутніння кришталика. Основний метод лікування катаракти –це сучасна хірургія.

Найбільш прогресивним вважається метод факоемульсифікації з імплантацією штучного кришталіка. Успіх операції досягає 90%. Існує безліч моделей штучних кришталіків, вони дають можливість ідеально бачити і здалека, і зблизька. Сьогодні медики впевнено говорять, що проблема катаракти практично вирішена. За сучасної технології операцію можна робити при зрілій так і при незрілій катаракті. Важливо вчасно звернутися до фахівців і не відкладати на потім те, що необхідно зробити просто сьогодні.

Наші очі, працюючи в «природному» режимі, роблять рух віками. Людина моргає двадцять разів на хвилину. При цьому дві тисячі слізних залоз змазують рогівку. Але коли ми зосереджено дивимось на монітор, то око не робить цих рухів. Як наслідок, очей пересихає, а ми страждаємо від фолікулярного сухого кон'юнктивіту і відчуваємо дискомфорт.

Щоб допомогти своїм очам, корисно закрити їх на 5-7 хвилин і розслабитися. При закритих століттях очі повністю знаходяться у вологій камері, вона живить рогівку і кон'юнктиву. А ввечері корисно зробити примочку. Для цього достатньо змочити рушник в теплій воді і, віджати, накласти на закриті очі. Таким чином, ми прогріваємо очні м'язи, поліпшуємо кровопостачання очей.

При відчутті у вусі таких звуків, як дзижчання, гудіння, дзвін, шипіння, свист, хворий зазвичай говорить, що у нього шум у вухах. Цей симптом свідчить про самі різні захворювання вуха. Можливо, що шум у вусі виник в результаті баротравми або його поява спровокована прийманням яких-небудь ліків. Шум у вусі може викликати і комаха, що заповзла у вухо, або яке-небудь чужорідне тіло.

Зниження слуху і його кінцева стадія глухота можуть розвиватися поступово, протягом декількох років або місяців, а також настати раптово, за декілька днів або навіть годин. Вражатися може одне або обидва вуха. Зниження слуху можуть викликати інфекційні захворювання, отит, вроджені дефекти нервів і судин, закупорка вуха сірчаною пробкою, неврит слухового нерва, запалення євстахієвої труби, ревматоїдний артрит, хвороба Мен'єра, лабіринтит, дія деяких ліків. Зниження

слуху відбувається також з віком цей синдром переростає у старечу туговухість.

Серед гінекологічних захворювань людей похилого віку має місце опущення матки, та рак матки. Опущення матки – порушення утримання органів малого таза та їхнє переміщення назовні під впливом внутрішньочеревного тиску з утворенням випинання стінок піхви. Симптомами опущення є тупий біль внизу живота й поперекової ділянки, нетримання сечі, запор, випадання тіла матки зі статевої щілини. Спостерігається порушення цілісності м'язів тазового дна, опущення або випадання стінок піхви або матки під час натужування. На стінках піхви й шийки матки часто виникають виразки. Основними причинами опущення й випадання матки є вроджена недостатність тазового дна, травми тазового дна, важка фізична праця, різка втрата маси тіла, атрофія тканин у літньому віці. До розвитку опущення й випадання матки й піхви можуть призвести ушкодження м'язів тазового дна внаслідок пологів, коли плід дуже великий, дитина народжується сідничками, за розриву промежини. Частіше такі травми бувають у жінок, які вперше народжують після 30 –35 років: у них тканини промежини вже значною мірою втрачають свою еластичність. Іноді до виникнення цієї патології призводять хронічні захворювання органів дихання, що супроводжуються надричним кашлем. Структури тазового дна є гормонозалежними, тобто їхня міцність залежить від наявності жіночих статевих гормонів (естрогенів). У разі зниження кількості естрогенів унаслідок природної менопаузи або з інших причин міцність структур тазового дна знижується. Опущення матки виникає також часто в жінок, які багато народжували, у зв'язку із дряблістю передньої черевної стінки, також за неправильного положення матки (загин назад).

У жінок у віці від 40 до 60 років може діагностуватися рак матки. Фактори ризику захворювання підвищуються при діабеті, гіпертонічній хворобі, курінні, інфікуванні вірусом папіломи людини, СНІД, ранньому початку статевого життя, пізній менопаузі і порушеннях менструального циклу, безплідді, великій кількості сексуальних партнерів, ранніх перших пологах, венеричних захворюваннях, прийомі пероральних контрацептивів.

Один з факторів ризику – ожиріння: при масі тіла, більше норми на 10-25 кг, ризик розвитку раку матки в 3 рази більше, ніж у жінок з нормальною масою тіла, а при перевищенні маси тіла більше ніж на 25 кг ризик захворювання збільшується в 9 разів.

У виникненні раку матки значну роль відіграють передракові стани. Це ерозія, виразка, рубець після родової травми, а також хронічні запальні процеси. Раку матки має 4 стадії розвитку: у першій стадії пухлина розташовується в тілі матки, у другій стадії – уражається тіло і шийка матки, в третій стадії – поширюються метастази в піхву, в четвертій стадії рак поширюється за межі таза, проростає в сечовий міхур або в пряму кишку.

Болі самі пізні симптоми, які свідчать про те, що в раковий процес залучені лімфатичні вузли і клітковини таза, утворюються інфільтрати, здавлюють нервові стовбури й сплетіння. Загальна симптоматика і, зокрема, різке схуднення виникає вкрай пізно, в дуже запущеній стадії, і зазвичай жінки, у яких рак матки, мають зовні квітучий, здоровий вигляд.

Окремо хочемо звернути увагу на таке захворювання як прогерія або передчасне старіння. Це надзвичайно рідкісна хвороба раннього дитинства, що характеризується багатьма з поверхневих аспектів старіння, такими як випадіння волосся, зморщена шкіра, опуклість кровоносних судин голови та судинні хвороби. Ці діти мають загальний вигляд старих людей та рідко живуть більше 15-18 років, зазвичай вмираючи від серцево-судинних хвороб.

Ця хвороба надзвичайно рідкісна, для дослідження було ідентифіковано тільки біля 50 випадків. Ці пацієнти не проявляли, проте, інших змін характерних для старіння, за винятком раннього розвитку серцево-судинних хвороб. Більшість фізіологічних і психологічних характеристик були нормальними для свого віку. Таким чином, прогерію слід розцінювати скоріше як рідкісну хворобу з поверхневою схожістю із старінням.

Лікування цих та інших хвороб людей похилого віку успішне якщо вони включені у активне життя. Соціальна інклюзія цієї вікової категорії, на думку В.Грицанюк, Т. Стопець сприятиме швидшому одужанню.

4.4. Вимоги до харчування людей похилого віку та до медико-соціальної роботи з ними

Медико-соціальна робота з людьми похилого віку розглядається як новий вид мультидисциплінарної професійної діяльності медичного, психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямована вона не тільки на відновлення, але і на збереження і зміцнення здоров'я у тому числі і в осіб літнього віку. Вона принципово змінює існуючий підхід до охорони здоров'я, тому що застосовує системний медико-соціальний вплив на більш ранніх етапах розвитку хворобливих станів, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летального результату. Таким чином, медико-соціальна робота передбачає не лише виражену реабілітаційну, але і профілактичну спрямованість, що має особливе значення для літніх людей.

Метою медико-соціальної роботи є досягнення оптимально можливого рівня здоров'я, функціонування й адаптації осіб літнього віку, осіб з фізичною і психічною патологією, а також соціальним неблагополуччям. Об'єктом медико-соціальної роботи є різні контингенти осіб, у тому числі і літні, що мають виражені медичні і соціальні проблеми. Робота з такими контингентами однаково важка і недостатньо ефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки неминуче вони виявляються перед проблемами, що виходять за рамки їхньої компетенції.

Медико-соціальну роботу орієнтовану на людей похилого віку умовно можна розділити на два основні аспекти: медико-соціальну роботу профілактичної спрямованості й медико-соціальну роботу патогенетичної спрямованості.

Медико-соціальна робота профілактичної спрямованості включає виконання заходів щодо попередження соціально залежних порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров'я, формування установки на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров'я, участь у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях, соціальне адміністрування, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я.

Медико-соціальна робота патогенетичної спрямованості передбачає заходи щодо організації медико-соціальної допомоги; проведення медико-соціальної експертизи, здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації літніх та інвалідів; проведення соціальної роботи в окремих сферах медицини, охорони здоров'я, проведення корекції психічного статусу клієнта й особливо осіб літнього віку, створення реабілітаційної соціально- побутової інфраструктури, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій.

Основним стратегічним завданням медико-соціальної роботи з людьми похилого віку варто вважати збереження і поліпшення якості їхнього життя. Якість життя є інтегральним поняттям, що відбиває не тільки виразність симптомів захворювання, але і функціональний стан літньої людини, стан її духовного і фізичного здоров'я.

Особливо актуальним при розгляді якості життя є питання про раціональне харчування. Воно було предметом дослідження таких вчених як М. Кручаниця, І. Миронюк, Н. Розумикова, В. Кручаниця, В. Брич, В. Кіш. Вони звернули увагу на те, що важлива роль у забезпеченні високого рівня здоров'я, збільшення тривалості життя, збереженні працездатності людини належить харчуванню. Воно має бути раціональним. Раціональне харчування – це фізіологічне повноцінне харчування з урахуванням особливостей кожної людини. Воно забезпечує постійний стан внутрішнього середовища організму, підтримує його життєві прояви, сприяє зміцненню здоров'я, підвищенню опору організму людини інфекціям. Універсальних раціональних режимів не існує. Для кожної людини харчування є специфічне. При цьому враховуються індивідуальні особливості обміну речовин, стать, вік, характер праці. Звички та ігнорування наукових рекомендацій при складанні денного раціону провокують у багатьох випадках розвиток важких захворювань.

Раціональне харчування базується на таких законах:

Перший закон раціонального харчування – дотримуватися помірності у їжі. Дотримання рівноваги між енергією, яка надходить з їжею, та енергетичними затратами організму. Користуються для виміру енергетичної їжі калоріями, а роботи організму (затрат) – джоулями. Навіть в умовах спокою і

комфортних температурних умовах рівень енергетичних затрат дорослої людини складає 1300 – 1900 ккал.

Усіляка фізична або розумова робота вимагає додаткових затрат енергії. Основний енергетичний матеріал дають для організму вуглеводи і жири. Білки використовують в основному як пластичні матеріали, але їх надлишок також іде для отримання енергії. При чому енергетичний матеріал різного походження використовується організмом лише за потребами. При згоранні в організмі 1 г. білків і вуглеводів - 4,0 ккал. Енергії при згоранні 1 г. жирів – 9,0 ккал. Готуючи їжу для людини похилого віку доцільно пам'ятати, що енергозатрати у чоловіків вищі ніж у жінок. Якщо жінка їсть нарівні з чоловіком, вона обов'язково почне повніти.

Важливим принципом раціонального харчування є принцип збалансованості в їжі між білками, жирами і вуглеводами, вітамінами, мінеральними речовинами і баластними компонентами. Щоб зберегти здоров'я і вести повноцінне життя, людина потребує не конкретних продуктів, а в повному співвідношенні харчових речовин, що в них знаходяться. Для нормального розвитку організм людини потребує систематичного надходження майже 70 харчових компонентів. Тобто, сам організм їх не виробляє, а споживає лише з їжею. Важливим є дотримання різноманітності в їжі. Щоб зберегти здоров'я люди похилого віку мають вживати різноманітну їжу.

Не меншу роль відіграє дотримання режиму харчування. Він передбачає регулярність і оптимальний розподіл їжі протягом дня. Перевагу треба надати тільки но приготовленій їжі, хоча це й вимагає додаткових затрат часу. Доцільно обмежувати по-можливості час теплової обробки продуктів. Наприклад, звичайне згущене молоко може бути шкідливим. Шкідливою звичкою може стати харчування м'ясними, риб'ячими та курячими бульйонами. М'ясо і м'ясні продукти належать до кислої їжі, при перетравленні якої в організмі утворюється багато шлаків. У той же час лужна їжа дає мало відходів, кисла їжа дає велике навантаження для організму та сприяє розвитку атеросклерозу, остеохондозу, подагри, які дуже шкідливі.

До продуктів, які містять лужні радикали, належать: свіжі огірки, чай, яблука, цитрусові, сливи, вишні, персики, зелений

горошок, кавуни, квасоля, диня, кабачки, кисломолочні продукти. Вони також містять багато натрію, калію, магнію. До кислої їжі відносять: м'ясо, риба, яйця, сир, ковбаси, кондитерські хлібобулочні вироби, жири тваринного походження, горіхи, макарони, цукор, брусницю.

Для кислотної рівноваги у організмі варто вживати на одну частину кислої їжі та шість частин – лужної.

Жири – є важливим джерелом енергії і будівельним матеріалом. Це також основа кулінарної обробки продуктів. Однак слід пам'ятати, що не слід їх повторно нагрівати. Для кулінарної обробки краще вживати рослинну олію. Овочі краще їсти сирими або запікати у духовці. Якщо їх потрібно варити, то робити це треба на пару, не чистячи їх, щоб максимально зберегти вітаміни і мінеральні речовини. Овочеві страви треба готувати безпосередньо перед їдою. Консервовані фрукти великої користі організму не приносять, тому краще їх заготовляти сушеними. Ягоди краще вживати свіжими, особливо коли їх небагато.

Найкращим поєднанням слід вважати хліб з маслом, картоплю з жиром, капусту, буряк з крохмалистою їжею. Дині, кавуни, фрукти і ягоди слід їсти окремо, через одну годину після основної їжі. Це сприяє більш ефективному травленню їх і кращому всмоктуванню цінних речовин.

Необхідно обмежувати вживання тих продуктів харчування, які не містять корисних харчових компонентів. Це такі як цукор і все, що готується на його основі, соління і копченості всіх видів, смажені страви, жирну свинину, вироби з здобного тіста і консерви, консервовані продукти, згущене молоко, напої типу «Кола», морозиво, штучний мед. Людям похилого віку потрібно дотримуватися дієти для того, щоб усунути порушення обміну речовин у організмі. А саме, зменшити на 10% загальне вживання жирів; різко зменшити у раціоні насичені жирні кислоти; збільшити вживання продуктів багатих поліненасиченими жирними кислотами; замінити у домашньому використанні при приготуванні їжі масло і маргарин на рослинну олію; збільшити у раціоні клітковину і складні вуглеводи; різко зменшити вживання продуктів багатих холестерином; знизити кількість повареної солі в раціоні харчування.

Харчуватися варто за спеціальним режимом. Експерти ВООЗ, оцінюючи недостатність харчування, рекомендують людям похилого віку в харчуванні використовувати два критерії: 1) кількість загального білка нижче 0.8 г/кг маси тіла. 2) енергоємність харчування для чоловіків нижче 1400 ккал /д (5838 кДж), для жінок – нижче 1200 ккал/д (5004 кДж/д).

Прогнози стану здоров'я людей похилого віку сьогодні дають такі дані: при аналізі асортиментної структури харчування людей у 70- і роки звертає на себе увагу її різноманітність. У фактичному харчуванні людей старшого віку нараховується близько – 80 найменувань харчових продуктів. При цьому було встановлено, що споживання тваринних жирів на 16% вище, ніж рекомендується, м'ясопродуктів на 14%, хлібопродуктів на 13,6% молокопродуктів на 4,9%, круп і зернобобових на 31%. У той же час споживання рослинних жирів було нижче норми на 11,5%, риби і рибопродуктів на 78,6%, овочів на 52,9%, фруктів на 77,1%. Споживання цукру і яєць відповідало нормам, що рекомендуються.

Порівняння асортиментної структури фактичного харчування людей старшого віку у 2000 – і роки виявило істотне обмеження її (не більше 20 найменувань), а також зміна її кількісної характеристики, в порівнянні з 1990 роками. Різко знизилася споживання людьми похилого віку м'яса і м'ясопродуктів.

Під час аналізу даних вмісту основних нутрієнтів у харчуванні обстежених у 1970 – х роках було встановлено, що білковий компонент їжі становив 13,9% добової калорійності (рекомендовано 13), в 1990 –х рр. –12,5%, а в 2000 – 12%.

Особливості харчування декількома шляхами впливають на інтенсивність вільнорадикальних процесів, що відбуваються в організмі.

По – перше, збільшуючи фонд ендогенних антиоксидантів підсилюється інтенсивність неензиматичного антиоксидантного захисту (вітамін Е, аскорбінова кислота, каротин). Вітамін Е є однією з основних біологічних «пасток» вільних радикалів. Вбудовуючись у мембрани ендоплазматичного ретикулуму мітохондріальні мембрани, ліпідні мембрани ліпопротеїдів крові, він попереджає перексидацію поліненасичених жирних кислот

цих мембран. Вітамін С також є ефективною пасткою вільних радикалів у тканинах, що знаходяться під високим орціальним тиском кисню. Бета каротин виявляє антиоксидантні властивості у мембранах і органієллах, що знаходяться під низьким парцеальним тиском кисню.

Каротини і ретиноїди створюють адативний ефект антиоксидатної дії вітаміну «Е».

По-друге, харчування є єдиним джерелом незамінних нутрієнтів, що необхідні для активного анзиматичного захисту організму від вільних радикалів. Різний рівень вмісту в їжі мінеральних елементів (цинку, магнію, міді, селену, а також глутамінової ксилоти) у значній мірі визначає активність супероксидисмугаз і глутатіонпероксидаз, металоензимів, що ставлять один з елементів ензиматичного антиоксидатного захисту організму і каталізуючих дисмугтирування супероксидних радикалів у цитозі й у міжмембранному просторі мітохондрій. Крім цього на активність ферментів, що нейтралізують вільні радикали, зокрема, на активність глутатіонпероксидазної системи, як і на активність пероксидації ліпідів, істотний вплив мають вітаміни групи «В».

Ще один важливий аспект впливу особливостей харчування на інтенсивність вільорадикальних перекисних процесів пов'язаний з рівнем споживання макронутрієнтів. Так, підвищене споживання насичених жирних кислот впливає на склад клітинних і внутрішньоклітинних мембран, підвищуючи ступінь пероксидації їхніх ліпідів і паралельно збільшує активність атерослеротичного процесу і частоту прояву онкологічної патології.

Окрім здорового харчування важлива роль у збереженні здоров'я людини похилого віку належить якісній медичній допомозі. Лише комплексне вивчення показників стану здоров'я людини дозволяє об'єктивно визначити потребу людини похилого віку в амбулаторно-поліклінічній, стаціонарній медичній допомозі, постійному нагляді, соціально-побутовому обслуговуванні.

Проблема організації адекватної медичної допомоги людям похилого віку вельми актуальна для України. Розроблено

положення про гарантований рівень і обсяг геріатричної допомоги населенню за чотирма класами.

Перший клас – літні люди, що потребують періодичного медичного спостереження та не потребують соціально-побутового обслуговування. Їм гарантується медична допомога первинного рівня в амбулаторно- поліклінічних закладах; вторинного – спеціалізована – 5-6 відвідувань на рік, лікування, протезування, профілактична реабілітація (10-12 днів), лабораторно-діагностичні дослідження (аналіз крові, сечі, флюорографія, УЗД), щорічний медичний огляд вторинного рівня, виклик швидкої медичної допомоги, медичний огляд третинного рівня – лікувально- консультативна спеціалізована допомога, соціальна допомога в закладах соціальної адаптації пенсіонерів.

Другий клас – літні люди, що потребують активного медичного спостереження, максимального наближення до медико-соціальної допомоги за місцем проживання.

Третій клас – люди, що мають множинну хронічну патологію та потребують кожен день соціально- побутової допомоги.

Четвертий клас – літні люди, що втратили здатність до самообслуговування та потребують постійної медичної, побутової допомоги, тимчасового або постійного перебування в пансіонаті для пенсіонерів, послуг, кімнат медико-соціальної допомоги Товариства Червоного Хреста.

У зв'язку з цим розвиток системи організації геріатричної допомоги в Україні розпочатий у 1997 році продовжується.

За коцепцією розвитку державної геріатричної системи медична допомога літнім людям надається загальними закладами охорони здоров'я та спеціальними геріатричними підрозділами. До обов'язкових закладів геріатричної допомоги належать: амбулаторно-поліклінічні заклади: геріатричний центр; геріатрична поліклініка; геріатричні кабінети, методично-соціальні відділення. Стаціонарно-замінюючі заклади : денна геріатрична лікарня; домашній денний стаціонар. Стаціонарні заклади : геріатричне відділення для довгострокового лікування хронічно хворих; геріатрична лікарня; пансіонат у системі закладів соціального захисту населення. Геріатрична аптека.

Розглянемо суть медичної роботи за вказаними видами медичних закладів.

Первинну та спеціалізовану допомогу забезпечують амбулаторно-поліклінічні заклади. Вони надають лабораторні, рентгеноскопічні, інші лікувальні та реабілітаційні види обслуговування при пріоритетності активного медичного нагляду за літніми пацієнтами, наближення допомоги до місця їхнього проживання.

Первинну медико-санітарну допомогу літнім людям (в амбулаторних і домашніх умовах, щорічний медичний огляд, направлення на лікування, організацію стаціонару вдома, соціальні послуги забезпечує сімейний лікар.

За даними епідеміологічних досліджень, переважна більшість пенсіонерів (81,8%) – амбулаторно хворі. Із збільшенням віку росте потреба в амбулаторній допомозі та зменшується кількість звернень до поліклінічних установ. Особливо у сільській місцевості мешканці в більшості випадків звертаються до поліклініки один раз на рік або жодного разу.

Низькі показники звертань сільського населення літнього віку до дільничої амбулаторії обумовлені зниженням їх фізичних можливостей, віддаленістю медичних закладів від місця проживання, недосконалістю транспортного зв'язку.

Найбільша кількість відвідувань поліклініки літніми людьми припадає на вересень – грудень і березень – травень. У «холодні» місяці року ожеледиця в поєднанні із зниженими фізичними можливостями заважає старим людям добиратися до поліклініки, а влітку пенсіонери працюють на присадибній ділянці.

Більшість чоловіків звертається за допомогою у разі виникнення гострих станів, для проходження медоглядів, отримання рецептів. У першу чергу, це стосується ветеранів війни, інвалідів.

Структура звертань міського і сільського населення за медичною допомогою має розбіжності за винятком таких: з метою виписки рецептів, профілактичного обстеження та отримання порад, лабораторного обстеження.

Медична допомога у домашніх умовах передбачає розширення обсягу діяльності середнього медичного персоналу, в ідеалі патронажної геріатричної сестри.

На сучасному етапі стаціонар вдома організовує та обслуговує сімейний лікар і медичні сестри. Більш раціональним є створення в поліклініках спеціалізованих бригад і медико-соціальних відділень для людей похилого віку, проведення патронажу та лікування одиноких літніх людей при втраті ними здатності до самообслуговування із запрошенням сестер милосердя Червоного Хреста та працівників відділень надомного соціального обслуговування.

Організація адекватної домашньої медичної допомоги є однією з найгостріших проблем сьогодення. Потреба у ній визначається насамперед руховою обмеженістю, нездатністю до самообслуговування та самотністю хворого. Темпи розвитку потреб людини похилого віку зростають, але не мають відповідного забезпечення.

Літні люди в три рази частіше викликають додому сімейного лікаря та в п'ять разів частіше – швидко невідкладну медичну допомогу. Серед усього дорослого населення, яке протягом року потребує медичної допомоги вдома та звертається за нею, частка літніх людей становить від 85,3%, у сільських поселеннях, до 53,2 у містах.

На частоту звертань літніх людей за надомною медичною допомогою впливає організація соціально-побутової та психологічної підтримки з боку інших осіб. Старі люди, які мають сім'ю, чи обслуговуються вдома соціальними працівниками, звертаються за надомною медичною допомогою рідше, ніж ті, які потребують сторонньої допомоги, але не отримують її. За останні роки в 3-4 рази зросли показники фактичних відвідувань самотніх літніх пацієнтів вдома середнім персоналом дільниць, товариствами Червоного Хреста, працівниками територіальних соціальних центрів, громадських і добровільних організацій.

Систему організацій надомного медичного обслуговування доцільно розвивати за такими напрямками: активне спостереження сімейним лікарем за станом здоров'я людей похилого віку з чітко встановленою періодичністю. Лікувально-консультаційні

відвідини людиною похилого віку спеціалістів поліклініки. Розгортання «домашніх стаціонарів» у гострому періоді захворювання. Робота реабілітаційних надомних стаціонарів для відновлювального лікування пацієнтів. Довготривала медико-соціальна реабілітація. Швидка медична допомога.

Висококваліфікована консультативна допомога – надається на всіх етапах медичного самообслуговування – від лікарів спеціалістів до вчених НДІ МОЗ України та АМН України. Наприклад, Інститут геронтології вивчає процеси старіння та особливості лікування, надає висококваліфіковану спеціалізовану, консультативну лікувальну допомогу літнім людям. На базі цього закладу функціонує консультативна геріатрична поліклініка, денний стаціонар і клінічні відділення, а також відповідна кафедра Академії післядипломної підготовки лікарів.

Сучасний напрям розвитку геріатричної допомоги передбачає переведення всіх пацієнтів після 60 років на особливе обслуговування, а саме: облік у сімейного лікаря; розвиток нічних служб домашньої медико - соціальної допомоги; організацію хоспісів «кризових центрів», гарячих інформаційно-консультативних ліній екстерного звертання та допомогу волонтерів; широке залучення до роботи денних центрів культурного відпочинку та медико-соціальної реабілітації; герореабілітаційні центри для психічно хворих; заклади готельного типу для психічно хворих; центри працевлаштування пенсіонерів; для однаків особливо важлива організація геріатричних районних центрів пільгового дієтичного харчування, домашніх їдалень.

Зростання потреб літнього населення в загальній і спеціальній допомозі звичайно потребує додаткового фінансування у галузі, а отже, підвищення відсотка витрат на охорону здоров'я від ВВП.

Визначені форми геріатричної допомоги загострюють проблему забезпечення установи медичними працівниками. Вимоги до них значно вищі, ніж до працівників звичайних медичних установ. Запорукою успішності роботи медичних працівників, що надають допомогу людям похилого віку є любов до своєї професії. У роботі та поведінці лікар має бути взірцем

високої культури, ввічливості, скромності та акуратності. Такі риси, як співчуття, терпіння, доброзичливість, чесність, рішучість, дисциплінованість, принциповість повинна виховувати в собі кожен, хто надає допомогу людям похилого віку.

Взаємини сімейного лікаря з хворими, його родичами та колегами по роботі мають бути такими, щоб максимально оберігати психіку хворого, вміти стримувати себе в різних ситуаціях, ввічливо, доброзичливо з'ясовувати взаємини з хворим і його родичами. Сімейний лікар повинен пам'ятати, що одужанню людини похилого віку сприяють не лише пігулки і процедури, але й стиль та тон спілкування, привабливість лікаря.

Білий халат часто асоціюється з надією на допомогу, а іноді і спасіння. Він своєрідна «візитна картка», що відображає фізичну й духовну чистоту людини, що працює зі старенькими. Халат повинен бути ідеально чистим, випрасуваним, відповідати зросту і розміру лікаря, без прикрас. Не створює привабливості заповнювання кишень громіздкими предметами та брудний одяг.

Робочим одягом лікаря є халат, шапочка або косинка, тапочки. Халат має застібатися ззаду, а шапочка чи косинка повністю прикривати волосся. Для роздавання їжі та годування важкохворих має бути інший чистий халат. Виходячи за межі кімнати хворого або відвідуючи санітарний вузол, лікар повинен знімати халат. Перед кожною маніпуляцією, годуванням важкохворих слід добре вимити руки з милом. Деякі процедури (клізми, промивання шлунку, внутрішньовенні ін'єкції й інші) повинні виконуватися в гумових рукавичках.

Обслуговуючому персоналу потрібно уникати використання духів з різкими запахами, слідкувати за гігієною ротової порожнини.

Корисним видається добір такого персоналу для обслуговування людей похилого віку, який не має дефектів мови: неправильної вимови слів, заїкання. До етичних питань відноситься і бездоганна репутація медпрацівника. Для того, щоб хворий повірив у дієвість медичних препаратів та запропонованого медиками стилю життя.

Відмова від куріння і алкоголю — прямий обов'язок кожного медичного працівника, незалежно від його службового

становища, звань, наукових та інших заслуг. Якщо медичний працівник не в стані відмовитись від цих шкідливих звичок, то він повинен знайти в собі сили не палити при геріатричному пацієнті.

При спілкуванні з хворими, виконанні маніпуляцій (часто неприємних і болісних), медична сестра повинна уміти відвернути увагу хворого від тяжких та неприємних думок, враховуючи індивідуальні особливості пацієнта та його стан в даний момент: одного пацієнта треба заставити потерпіти, іншого зацікавити якоюсь розповіддю. Часто хворі запитують у медичної сестри про свій діагноз та прогноз. Ніколи не можна повідомляти хворого про наявність у нього невиліковного захворювання, а відносно прогнозу – завжди треба висловлювати впевненість в сприятливих наслідках.

Хворого необхідно постійно оберігати від психічної травми, яка може погіршити його стан, а в деяких випадках спонукати до відмови від лікування, інколи хворі стають нетерплячими, підозріливими, негативно ставляться до лікування. В спілкуванні з такими пацієнтами необхідні терплячість і тактовність: треба уміти дохідливо пояснити доцільність та користь тієї чи іншої лікувальної процедури, виконати її по-можливості легшим шляхом.

Медична сестра повинна чітко і сумлінно виконувати всі призначення лікаря, дотримуючись певної послідовності та часу виконання окремих маніпуляцій. Адже призначаючи час та періодичність введення медикаментів, лікар враховує тривалість їх дій та можливість комбінації з іншими препаратами. З цих же міркувань медична сестра не повинна самотійно відмінити призначення лікаря або робити щось на свій розсуд.

Часто в стані хворого настає погіршення, але при цьому не треба допускати паніки чи розгубленості: всі дії медичної сестри повинні бути чіткими та впевненими. Щоб не сталося (кровотеча, аритмія), недопустимо, щоб хворий бачив перелякані очі та чув тремтячий голос. Якою б тривожною не була ситуація, голоси повинні звучати тихо і спокійно. Тиша у помешканні чи в кімнаті повинна бути традиційною. Ліки не допоможуть хворому, якщо він дратується і не може заснути через голосну розмову, тупіт ніг у коридорі.

Окрім контакту з хворими, медичній сестрі досить часто доводиться спілкуватися з їхніми родичами та близькими людьми. При цьому теж необхідно враховувати багато факторів. Приховуючи від хворого наявність у нього невеличкої недуги або погіршення його стану, медичні працівники зобов'язані в зрозумілій і доступній формі повідомити про це його родичам. Але і серед них можуть виявитися хворі люди, в розмові з якими потрібно уміти проявити обережність та тактовність.

Жодні особисті неприємності не повинні «відбиватися» на роботі лікаря, в його тоні при розмовах з колегами та хворими. Недопустимими є надмірна сухість та офіційність, легковажні жарти та фамільярність у відносинах з пацієнтами.

Поведінка сімейного лікаря повинна викликати повагу до нього, довіру, створювати у хворих впевненість, що він все знає і все уміє, що йому можна довіряти своє здоров'я та життя.

Окремі завдання сімейного лікаря, що обслуговує геріатричного хворого:

- позитивно емоційно впливати на нервову систему хворого;
- стимулювати функції серцево-судинної і дихальної систем;
- впливати на процеси обміну речовин;
- укріплювати м'язеву систему, збереження і покращення рухомості в суглобах;
- підтримувати повноцінності життєво важливих рухомих навиків і умінь.

Ці та інші завдання роботи з людьми похилого віку фахівець, що обслуговує людину похилого віку, відповідно до посадової інструкції може реалізувати у групах з реабілітації.

I група: особи без відхилень в здоров'ї з мало вираженими змінами і достатньо високим рівнем фізичної підготовки. Це ті, хто систематично займаються фізичною культурою або колишні спортсмени.

II група: особи, які мають задовільну фізичну підготовку і невеликі відхилення в стані здоров'я.

III група: люди з вираженими змінами і відхиленнями в стані здоров'я.

У реабілітаційних групах виконують нижче перелічені вправи.

Основна гімнастика: елементарні вправи для розвитку сили, на розтягування, на розслаблення, вправи з палицями, булавами, гантелями, набивними м'ячами, вправи на шведській стінці, лавочці, колоді, вправи на опір з партнером, кидання і ловіння м'яча, вправи на рівновагу.

Важлива роль серед вправ належить правильно організованому ходінню. Орієнтовний графік вправ з ходіння вказаний у таблиці.

Таблиця

Ходіння

Т Тижді	Темп				
	спо- кійно	приско- рено	спо- кійно	приско- рено	спо- кійно
Дні тижня	Понеділок (хв.)	Вівторок (хв.)	Середа (хв.)	Четвер (хв.)	П'ятниця (хв.)
1	5.	5	10	-	-
2	5	5	5	5	-
3	5	5	3	2	5
4	5	5	2	3	5
5	5	5	10	4	5
6	5	10	10	10	20

Для самостійних занять, потім можна використовувати графік 6-го тижня, поступово збільшуючи загальну тривалість до 60хв. Як варіант можна запропонувати ходіння як прогулянки.

Ходіння в формі прогулянок охоплює маршрут до 3-4 км. Тривалість цього виду діяльності людини похилого віку 30-50хв (ІІІ група), до 5км 60-75хв (ІІ група), 7-10км і 70-100хв (І група)

При практикуванні бігу в роботі з людьми похилого віку доцільно пам'ятати, що виконання вправи чинить більш інтенсивну дію на функції кровообігу і дихання, обмін речовин, підвищення витривалості.

У ІІ групі повинна проводитися попередня підготовка в формі швидкої ходьби з пробігами. ІІІ група практикує легкий нетривалий біг і толише за рекомендацією лікаря.

Виконання стрибків потребує координації рухів. Вправа позитивно діє на укріплення м'язів ніг (особливо гомілково-

ступневого суглобу). З огляду на складність вона виключається для III групи, дозується для II групи.

Завдяки метанню удосконалюється координація, точність, вправність, збільшується рухомість в плечовому суглобі, укріплюються м'язи верхніх кінцівок і тулуба. Використовуються у роботі з людьми похилого віку волейбольні та набивні м'ячі, палиці. Вправа викликає позитивні емоції. Можна практикувати гру у боулінг.

Ходіння на лижах позитивно впливає на діяльність серцево-судинної системи. Практикування залежить від ступеня володіння людиною похилого віку технікою пересування і від швидкості.

Плавання краще запроваджувати в закритому басейні або в відкритому з підігрівом води. Заняття з плавання мають таку структуру. Ввідна частина заняття (20-25хв.) – вправи на суші, душ. Основна частина (20-30хв.) – вивчення техніки плавання, гри в воді. У завершальній частині (7-10хв.) – вільне плавання з корковими поясами, хто недостатньо володіє технікою плавання. У відкритих басейнах плавання слід починати при температурі води не нижче 20-22° і температури повітря 24-26°, поступово температуру води можна знизити до 18-17°, а температуру повітря до 20-21.

Гребля рекомендована тільки особам I і II медичних груп, які вміють гребти і плавати, не мають водобоязні, не страждають захитуванням і головокружінням. Вони можуть займатися від 20-30хв до 15-2 годин.

Популярністю серед людей похилого віку користуються ігри: малорухомі, рухомі і спортивні (волейбол, теніс, бадмінтон).

До занять туризмом допускаються особи I і II груп після спеціального медичного огляду і попереднього тренування. У літній і осінній час це можуть бути походи, а в зимній – лижні прогулянки.

За будь-якого поєднання фізичних вправ в комплексному занятті необхідно враховувати методичні вказівки:

при підборі загальноукріплювальних вправ перевагу надавати вправам динамічного характеру, без статичних напружень м'язів.

Для осіб III групи протипоказана силова робота з моменту напруження (підняття важкого), бо вони не корисні для кровообігу і погіршують живлення серцевого м'яза.

Включати в заняття вправи, які посилюють вимоги до серцево-судинної і дихальної системи (біг, стрибки) треба строго індивідуально.

Обережно включати вправи з нахилами тулуба (особливість кровопостачання головного мозку). Поступове збільшення амплітуди в повільному, а потім в середньому темпі.

При проведенні занять з гімнастикою необхідно уникати перебування людей похилого віку в основній стойці. Вона сприяє погіршенню кровообігу в м'язах нижніх кінцівок. У ході занять доцільно чергувати вихідні положення: стоячи – сидячи, сидячи – лежачи, але голова припіднята.

Особливе місце в заняттях в групах здоров'я відводиться дихальним вправам.

Раціональне співвідношення фізичних вправ різної спрямованості вивчалось такими вченими як Є.Пирогова, Л.Іващенко, Н.Страпко. За основну ознаку доступності навантажень вчені визначили критерій невеликої і приємної втоми, відчуття задоволення від виконання вправ та після їх виконання, незначне потовиділення.

Пракування фізичних вправ з людьми похилого віку сприятиме забезпеченню тонусу людини похилого віку, подоланню апатії та депресивних станів. Соціальний працівник спільно з фізруком виступають в ролі наставника і вчителя.

Для перебування людини похилого віку у медичній установі чи в домашньому середовищі необхідні санітарні умови, які відображаються, насамперед, у чистій кімнаті.

У кімнаті чисте й свіже повітря оптимальної температури (18-20 градусів). Для цього приміщення регулярно провітрюють. У холодну пору року вікно відчиняють не частіше 3-4 рази на добу на 20-30 хвилин. Улітку вікно повинно бути відчинене постійно. Кімната повинна бути добре освітлена для виконання різних процедур. Для того, щоб не було пилюки, необхідно раз на день робити вологе прибирання. Вікно при цьому повинно бути відчинене і бажано чистим.

З одного боку ліжка людини похилого віку необхідно поставити стіл для ліків, термометра, стакан з водою, посуду для вживання їжі, а з другого боку – тумбочку з книжками, журналами, настільною лампою.

Постільна білизна на ліжку, де відпочиває людина похилого віку завжди чиста і свіжа. Рекомендують її міняти раз на тиждень.

Важливо є також дбати про чистоту тіла людини похилого віку. Тобто, слідкувати за шкірою, волоссям, нігтями, вухами, ротовою порожниною, очима. Їх треба щоденно омивати водою, якщо шкіра суха то без мила. Мило у такому випадку рекомендовано використовувати лише один раз на тиждень і омивати ним місця де найбільше складок шкіри. Додавання до мила ланоліну, що входить, зокрема, у рецептуру «Дитячого» мила, пом'якшує подразливу дію лугів. Відновленню кислої реакції шкіри, що визначає її бактерицидну дію, сприяє полоскиання сумішшю, до складу якої входить оцтова кислота.

Основний спосіб гігієнічного догляду за ротовою порожниною – двічі на день (вранці і перед сном) чистити зуби. Чищення зубів необхідне для знищення зубного нальоту, сповільнення процесів утворення зубного каменю, який є одним із головних чинників розвитку карієсу і пародонтозу, зменшення кількості мікроорганізмів у ротовій порожнині, в тому числі і умовно патогенних, для розвитку яких у ній є необхідні поживні речовини і сприятливі щодо температури і вологості умови.

Чистять зуби спеціальними зубними щіточками, що відрізняються одна від одної розмірами робочої поверхні, матеріалом (із свинячої щетини або синтетичних волокон) та формою. Зручніше застосовувати щітки з увігнутою робочою поверхнею до 3—3,6 см для дорослих. Вибір твердості щітки залежить від стану ясен. Як правило, частіше люди похилого віку, обирають м'які щітки. Якщо людина носить протези, то догляд за ними має бути також. Рекомендовано час від часу їх виймати, промивати, слідкувати за тим, щоб розмір протезів був зручним. Після зняття протезів ясна бажано полоскати протизапальним відваром (ромашка, звіробій, кора дуба) чи аптечним засобом для ясен. Для ефективнішого закріплення

протезів можна використовувати спеціальні зубні пасти. Наприклад, «Корега».

Досить ефективним способом утримування зубних щіток у чистому вигляді і запобігання сильному їх бактеріальному забрудненню є добре промивання проточною водою після використання і покриття робочої поверхні мильною піною, яка легко змивається перед наступним використанням.

Не слід забувати й про постійне миття рук перед та після вживання їжі.

До повсякденного побутового одягу ставляться такі гігієнічні вимоги:

забезпечувати оптимальний підодяговий мікроклімат і сприяти встановленню теплового комфорту людини. Не утруднювати дихання, кровообіг і рухи людини, не зміщувати і не стискувати внутрішні органи та частини опорно-рухового апарату. Бути достатньо міцним, легко чиститися від зовнішніх і внутрішніх забруднень. Не містити домішок на які організм має алергію. Взуття має відповідати таким загальним гігієнічним вимогам: мати малу теплопровідність, забезпечувати оптимальний мікроклімат взуттєвого простору та добру вентиляцію. Бути зручним у користуванні, не порушувати кровопостачання, ріст і формування кістково-м'язових елементів ступні, не утруднювати рухів під час ходьби, занять фізичною культурою і під час виконання трудових операцій. Забезпечувати захист ступні від несприятливих фізичних, хімічних і біологічних впливів. Не виділяти у внутрішньо взуттєвий простір хімічних речовин у концентраціях, здатних у реальних умовах експлуатації мати несприятливий вплив (шкіроподразливий, алергічний та ін.) на шкіру ступні і організм у цілому. Відповідати віковим, статевим та іншим фізіологічним особливостям організму. Легко чиститися і висушуватися, тривалий час зберігати вихідні форму та гігієнічні властивості. Гігієнічні властивості взуття залежать від матеріалу, з якого воно виготовлене, відповідності розмірів конфігурації ступні, конструктивних особливостей та експлуатаційних якостей.

Ліки людина похилого віку може приймати зовнішньо через шкіряні покрови і слизові оболонки, шляхом інгаляцій через

дихальні шляхи, внутрішньо через ротову порожнину чи пряму кишку і шляхом ін'єкцій.

Зовнішньо приймають ліку у вигляді: мазі, розтирання. Мазь наносять завжди на чисту поверхню, чистими руками. Іноді практикують інгаляції. Цей метод передбачає введення лікарських засобів через дихальні шляхи, при вдиханні.

Через ротову порожнину приймають ліки у вигляді порошку, пігулок, каплі, капсули, мікстури. Через пряму кишку вводять різні свічки.

Парентеральне введення ліків здійснюється шляхом ін'єкцій: внутрішньо, підшкірно, внутрішньом'язово, внутривенно. Внутрішні ін'єкції вводять для діагностування чи при місцевому наркозі. Підшкірні, як правило, вводять розчини ліків, які швидко всмоктуються під шкірою і шкідливо не впливають на неї.

Внутрішньом'язові вводять в стегна чи ягодиці, так як тут не проходять поруч кровоносні судини. Внутривенні одразу ж ліки потрапляють в кров, і швидше впливають на організм.

Важливе місце у старості займає прийом вітамінів. Вітаміни – це біологічно активні речовини, які складають інтерес не лише як незамінні складові частини харчового раціону, але і як неспецифічні, фармакологічні засоби, які широко використовуються на практиці.

Найбільш часто призначають водорозчинні вітаміни Тиамін.(вітамін В1). Окрім пігулок, ці вітаміни містяться у дріжжях, зародках і оболонках пшениці, вівса, гречки, хлібі із муки простого помолу.

Недостатність тиаміну порушує вуглеводний обмін і забезпечує накопичення у тканинах молочної кислоти, що у свою чергу може привести до розвитку невритів, порушення серцево-судинної системи і захворювань нервової системи. Добова норма вітаміну В1 складає біля 2 міліграм.

Кокарбоксілазу використовують для лікування печінкової і ниркової недостатності, при легенево-серцевому синдромі, при хронічному легенево - серцевому синдромі, недостатності коронарного кровообігу.

Бенфотиамин – позитивно впливає на утворення еритроцитів.

Рибофлавін (вітамін В2) міститься у дріжжах, молочній сироватці, яйцях, м'ясі, рибі, печінці, зародках пшениці. Добова потреба в організмі 2,5 мг. Його вживають при діабеті, цирозах печінки і хворобі Боткіна, трофічних порушеннях шкіри і слизових оболонок для лікування хворих з катарактою.

Нікотинова кислота є у органах тварин, у молоці, рибі, дріжжах, овочах, фруктах, гречці. Покращує обмін речовин, розширює судини, позитивно впливає на систему травлення, нервову і ендокринну систему. Для дорослого добова доза складає 20 мг.

Кальція пантотенат міститься у печінці, ікрі риб, горосі, дріжжах. Недостатність виникає у результаті тривалого використання антибіотиків. Потреба 10-12 мг на добу. Використовують при порушеннях обміну речовин, невралгіях, трофічних язвах, опіках, токсикозі.

Піродоксін (Вітамін В6) є в рослинах й органах тварин. Багато у неочищених злаках у овочах, молоці, рибі. Призначають його при анеміях, лейкопеніях, рвоті, дерматитах. Добова норма 0,05 - 01 г.

Покращує обмінні процеси пиридитол. Препарат має вітамінну активність, але анальгетичний акцент виражений слабо. Він покращує обмінні процеси у центральній нервовій системі, прискорює сприймання глюкози мозком, знижує утворення молочної кислоти. Препарат використовують у клініці нервових і психічних захворювань.

При призначенні особам похилого віку деяких препаратів варто враховувати як змінну реактивність, так і деякі моменти психологічного характеру. Так, можна спостерігати підвищену чутливість серця старих людей до препаратів наперстянки. Метиндол – препарат, що має виражену протизапальну дію, може у старому віці викликати розлади шлунку.

Варто враховувати звичку деяких хворих до окремих ліків. Відміна «плацебо», тобто препарату, що має психотерапевтичний ефект для людини похилого віку, супроводжується несподіваними ускладненнями.

Більш детальну інформацію про догляд за людиною похилого віку можна почерпнути у медичних довідниках.

4.5. Традиційні засоби народної медицини у лікуванні людей похилого віку

Народна медицина – це частина альтернативної медицини, яка таїть у собі знання про всі хвороби, методи лікування і засобах лікування різних захворювань, які з покоління в покоління, з уст в уста передавалися в народі. Раніше народна медицина не відділялася від традиційної медицини і термін «народна медицина» описував всі дії населення, по відношенню до здорового способу життя. Сьогодні ми говоримо про народну медицину як про галузь медицини, яка увібрала в себе всі уявлення народу, про лікування хвороб народними засобами. Іноді доводиться стикатися з фактом утотоження народної магії та народної медицини. Спроби узагальнити народний досвід лікування хвороб зроблено іще на Русі. На основі досвіду лікарської практики, вивчення позитивних результатів лікування тогочасних європейських Євпраксія в 30-х роках XII ст. упорядкувала медичний трактат «Алімма», що в перекладі з грецької означало «мазі». У середньовіччі трактат набув неабиякої популярності. Примірник праці Євпраксії знаходиться у фондах флорентійської бібліотеки Лоренцо Медичі. Отже, Зоя-Євпраксія – перша жінка-лікар та жінка упорядник народної медицини.

Традиційно, важливими засобами лікування вважаються засоби народної медицини. Їм, навіть більше, довіряють люди похилого віку, вони іноді є «плацебо» ефектом для хворого. Наведемо декілька рецептів народного лікування відомих захворювань.

Загальне недомагання, що має симптоми втрати працездатності, ослаблення розумової чи фізичної діяльності лікують лимонником китайським. Його ягоди є стимулятором ЦНС. Вони підвищують працездатність, підвищують стійкість організму, регулюють кровообіг, дихання, посилюють гостроту зору, покращують обмін речовин, зменшують концентрацію цукру у крові при діабеті. Укріплюють ягоди лимонника при розумовій і фізичній втомі, гіпотонії, слабкості, підвищеної сонливості, астенії, депресії. Лимонник корисний для жінки у період клімаксу при нормальному тиску. Протипоказання:

безсоння, гіпертонія, нервові збудження, органічне захворювання серцево - судинної системи.

Під час приступу мігрені рекомендовано прийом у ложці червоного вина типу «Кагор» з декількома краплями масла лаванди (купити можна у аптеці). Важливо перехреститися перед прийомом. Приймають 3-4 рази перед їжею за 30 хвилин.

Цілюща мазь лікує мозолі, холодні опухолі м'яких тканин, сухі і мокнучі хвороби крові. Приготування: приблизно 30 г часника ретельно розмішати на танучому місяці у першій половині дня зі 100 грамами світлого натурального меду. Отриману мазь втирати у проблемні місця два рази на добу: на сході і на заході сонця.

Проти нічного страху потрібно перед сном понюхати почергово спочатку через ліву, а потім через праву ніздрю настойку коріння валеріани (по 2-3 рази). І при цьому читати молитву «Отче наш».

При закрепах, атонії кишківника рекомендується вживати сливи, які мають послаблюючу дію. Сливи варені, сирі, сушені можна використовувати для профілактики й очищення кишківника.

При хворах суглобів народна медицина рекомендує: 100 г. оцетової кислоти (есенції) залити 1-2 яйця. Коли скорлупа розчиниться, плівку треба забрати, розтерти яйце з 30 г вершкового масла і змішати з рідиною. Отриманим засобом змащувати хворі суглоби.

У випадку коли захворіли і хитаються зуби допоможе дрібна поварена сіль, якщо є обліпіхове масло (або ж соняшникове) у пропорції 1:1. Перемішати. Почистити зуби цією пастою, ретельно втирати у десни сіль з маслом. Якщо з'явиться кров, не лякайтеся, продовжуйте процедуру два рази у день. Поступово біль пройде, десни перестануть кровоточити і зуби укріпляться.

Тромбофлебіт лікують так: 250 г. рослинного масла, 50 г. перетертого у порошок каштана кінського (без шкіри), ретельно розмішують. Хворі місця масують цією сумішшю ввечері. Процедуру повторюють багаторазово 1-2 дні.

Або іншою настоякою. 500 мл. горілки заливають 50 г. квітів або подрібнених плодів каштану кінського, настоюють протягом 14 днів, періодично струшують, проціджують.

Приймають по 30-40 крапель на стакан води 3-4 рази в день. Курс лікування – один місяць. Використовується суміш також у вигляді компресів і розтирань. Іншим медичним препаратом є настій із білої акації. Для приготування настою 500 мл. горілки заливають 100 г. сухих листів акації білої, настоюють два тижні періодично струшуючи, проціджують. Настоем роблять компреси, змочування, розтирання.

Для лікування ревматизму змішують на кип'ячій водяній бані у співвідношенні 1:1 порошок висушених шишок хмілью і несолене масло (можна гусячий жир). Отриману мазь втирають у хворі суглоби. Цей рецепт знімає також головну біль.

Позитивно себе зарекомендував у народній медицині настій із алоє. Для його приготування змішують 70% спирт із соком алоє деревовидного і цей розчин інтенсивно втирають у хворі суглоби 2-3 рази в день незалежно від прийому їжі.

На сході і на заході сонця загартовують хворі місця свіжою кропивою дводомною, а на наступний тиждень у той же час натирають керосином очищеним. Чергувати в один день кропиву, а у інший – керосин.

При склерозі допомагає: 500 грам зрілих плодів глоду розім'яти дерев'яною ложкою, додати 0,5 стакана кип'яченої води, нагріти до температури 40 С із цієї маси витиснути сік під пресом або у соковитискачу. Пити по 1 ст.ложці 3 рази на день перед їжею і на ніч. Таке лікування не лише забезпечує кровоносні судини киснем, але й нормалізує серцеву діяльність, сон.

Регулярне вживання цибулі сприяє профілактиці онкологічних захворювань статевої залози. Для лікування 10 грам цього овочу знижує ризик виникнення опухолі простати.

Крім медикаментозного лікування велику роль у зціленні організму відіграють духовні засоби. Зокрема, молитви, заговори, участь у церковних службах, медитації, духовні практики. Серед людей похилого віку популярністю користуються молитва за здоров'я рідних. Наприклад, такі:

Молитва родичів за нащадків

Господи і Боже наш! Ти поблагословив нащадками наше подружнє життя і поставив нас учителями і проповідниками дітей. Ти віддав нам у руки виноградник свій, який ми маємо

доглядати. Тому молимо Тебе, Господи, дай нам розум ясний і волю непохитну, щоб ми могли розумно і вміло виховати дітей, яких ти нам дав, людьми гідними і праведними. Благослови, **ОТЧЕ НЕБЕСНИЙ**, дітей наших, вливай у їх серця добру волю, добрі бажання, добрі наміри і любов до всього, що праведне і святе. Покрий нас і їх Твоїм святим благословенням, а ми славити будемо Тебе в усі дні життя нашого. Амінь.

Молитва про те, щоб доглядати з любов'ю за хворими

Господи Ісусе Христе, Сине Бога Живого, Агнче Божий, що береш гріх світу, пастирю добрий, що положив душу свою за вівці свої, небесний Лікарю душ і тіл наших, що зціляєш всяку недугу і хворобу в людях твоїх! Припадаю до Тебе, допоможи мені недостойній рабі твоїй. Соглянь Многомилостивий на діяння і служіння моє, дай мені бути вірною у малому; послужи болящим Тебе ради, носити немочі немічних, і не собі. А тобі Єдиному догоджати в усі дні життя мого. Бо ти сказав, пресолодкий Ісусе: що зробите одному з братів Моїх менших, те Мені зробите. Так, Господи, дай мані грішній по слову Твоєму, що сподобилася творити волю Твою Блага на втіху і на розраду хворих рабів Твоїх, що викупив їх Твоєю Чесною Кров'ю. Пошли мені благодать Твою, що запалює в мені терня пристрастей, що покликав грішну служити імені Твоєму; без Тебе не можемо творити нічого: віддай серце моє, щоб стояти завжди коло хворих та відкритих; уязви мою душу любов'ю твоєю, що все терпить і ніколи не відпадає. Тоді зможу, Тобою укріплена, подвигом добрим подвизатися і віру зберегти, навіть до останнього мого дихання. Бо Ти Джерело зцілення душ і тіл, Христе Боже Наш, і Тобі, славу, подяку, поклоніння розсилаємо нині, повсякчас і на віки віків. Амінь.

Молитва за родину

Ласкавий Господи, Ісусе Христе, Ти захотів провести довгі роки Свого земного життя в назаретській Родині, благаю Тебе, поблагослови мою дорогу родину: батька, матір, братів, сестер, всіх свояків і кровних. Пішли їм Ласку, щоб всім серцем любили Тебе, охорони від нещастя, диявольських спокус і всякого лиха. Подай згоду моїй родині, бо згода це великий Твій дар. Допоможи їй членам щиро любитися надприродною Божою любов'ю, яка осолоджує прикрощі земного життя. Будь з нами в

години смерті, щоб з Твоєї Ласки вийшли ми з цього світу та пішли до Неба навіки прославляти Тебе. Маріє, найкраща наша Мати і взірець для кожної родини, будь завжди з моєю дорогою родиною. Амінь

Віддання своєї родини в опіку Пресвятій Родині

Ісусу Спасителю наш! Ти зійшов із неба щоби просвітити своєю наукою і прикладом. Ти зволив замешкати в убогій домику в Назареті і бути послухним Пречистій Діві Марії і св. Йосифові! Ти освятив святу Родину і вчинив її зразком для всіх християнських родин! Прошу Тебе, Ісусе зволь ласкаво прийняти в Твою святу опіку мою родину, яку Тобі сьогодні віддаю й посвячую. Хорони її, Ісусе, наділи її ласкою Божої боязні й учини, щоби сталася подібною до Пресвятої Родини. Маріє, Мати Ісуса Христа й наша найліпша Мати! Вчини своїм заступництвом, щоб Ісус, наймиліший Твій син і наш Бог, прийняв це моє посвячення й віддання йому в опіку моєї родини і випроси нам Його ласку та благословення. Святий Йосифе, вірний Опікуне Ісуса й Марії, допомагай нам Твоїми молитвами в усіх потребах душі й тіла, щоб ми разом з Тобою й Марією могли колись прославляти Ісуса в Його небесній славі на віки віків. Амінь.

Отче наш..

Богородице Діво. Слава Отцю, і Сину... (Зр.)

Молитва за добре виховання дітей

Небесний Отче, Твоїй невимовній доброті і ласкавості вручаємо діточок, що ними Ти зволив нас поблагословити. Ти, Боже, створив тіла дітей в лоні матері й сотворив безсмертними їхні душі. Твій Син, Господь наш Ісус Христос, відкупив їх Своєю найдорожчою Кров'ю, а Святий Дух освятив їх у святій Тайні Хрещення. Ти, Боже, зажадаєш від нас на страшному суді звіту за душі наших дітей; ми це знаємо й відчуваємо увесь тягар відповідальності за них. Тому молимо Тебе, Предвічний Отче, подай нам світло, силу й терпеливість, щоб ми могли виховати дітей згідно з Твоєю волею. Наділи нас, найліпший Отче, ласкою вміти оберігати невинність наших дітей, учити їх власним добрим прикладом, дбати за їхнє духовне й тілесне добро. Нарешті, дай нам, Боже, щоб ми разом із нашими дітьми славили Тебе колись у Небесному Царстві. Амінь.

Молитва за дітей та внуків до Ангела Охоронця

Святий Ангеле – Охоронцю моїх дітей (імена) та внуків (імена), покрий їх Твоїм Покровом від стріл демона та від очей спокусника, і збережи їхнє серце в Ангельській чистоті. Амінь.

Молитва жінки, що стала вдовою

Дорогий небесний Отче, Ти обіцяєш втіху і розраду всім, хто вдається до Тебе у смутку і недолі. Я приходжу до Тебе, Господи! Поглянь на моє осиротіння, покріпи і потіш мене. Я знаю, Господи, що нічого не стається без Твоєї святої волі. Я знаю, що Ти все чиниш задля мого добра. Однак, я тяжко сумую після втрати мого найкращого і найвірнішого друга, котрого Ти дав мені і поблагословив мене подружнім життям з ним. Подай мені втіху, любий Господи! Даруй мені розраду, особливо тоді, коли у моєму серці панує жаль, а прикрощі і турботи щоденного життя і подвійний тягар обов'язків відбирають в мене сили духа і ставлять мене над проваллям розпуки. В такий час, Господи, покріпи мою віру в Твого Сина, що помер за мене за хресті і нагадай мені Твої слова: «Блаженні ті, що плачуть, бо вони будуть втішені». Молю Тебе, Господи, не полишай мене без Твоєї опіки і вбережи мене, щоб я ніколи не зійшла з Твого шляху і не потрапила у небезпеку, що стане загрозою для моєї душі. Вчини, Господи, так, щоб нагадування про смерть і страждання Твого улюбленого Сина утримували мене в Твоєму слові і вдячній молитві Тобі, а також твердій надії, щоб належного часу я могла успадкувати небесну домівку, де царюєш Ти разом з Твоїм Сином і Святим Духом, один Бог, нині і повіки вічні. Амінь.

Молитва літніх і самотніх людей

Господи Ісусе Христе, Ти – наша сила і надія в різних життєвих нещастях, будь нам завжди підтримкою і опікою. Навчи нас з терпеливістю і без нарікань переносити недуги літнього віку. Дай нам потрібної сили, щоб ми могли належно користуватися Твоїми дарами земними і вічними, бо Ти живеш і царюєш на віки вічні. Амінь.

Молитва родичів за нащадків

Господи і Боже наш! Ти поблагословив нащадками наше подружнє життя і поставив нас учителями і провідниками дітей. Ти віддав нам у руки виноградник Свій, який ми маємо

доглядати. Тому молимо Тебе, Господи, дай нам розум ясний і волю непохитну, щоб ми могли розумно і вміло виховати дітей, яких Ти нам дав, людьми гідними і праведними. Благослови, Отче Небесний, дітей наших, вливай у їхні серця добру волю, добрі бажання, добрі наміри і любов до всього, що праведне і святе. Покрий нас і їх Твоїм Святим Благословенням, а ми славити будемо Тебе впродовж усіх днів життя нашого. Амінь.

4.6. Хоспісна допомога

Актуальною проблемою є для України сьогодні є створення розгалуженої мережі хоспісної допомоги. Під хоспісною допомогою ми розуміємо комплексну медичну, психологічну, духовну та соціальну роботу, яку здійснює узгоджена міждисциплінарна команда з метою всебічного задоволення потреб невиліковної хвороби людини та її близьких. Іншими словами хоспіс – це своєрідна філософія, як реакція на неспроможність медицини вилікувати невиліковні хвороби.

Хоспісна допомога покликана максимально захистити права людини, надати допомогу помираючій людині та її близьким. Основними заходами хоспісної допомоги є проведення знеболення та поліативна допомога. Хоспісна допомога налаштована на допомогу інвалідам, онкохворим та іншим невиліковним клієнтам. У колишньому Радянському Союзі засновником хоспісного руху був російський лікар-психотерапевт А. Гнізділов і англійський журналіст, виходець із Західної України В.Зорза. Зусиллям останнього, в пам'ять про доньку, що померла від раку, організовано російське товариство «Хоспіс». Товариство почало впроваджувати навчальні програми для лікарів і медсестер із замісної терапії. Переосмислення методів та засобів хоспісного руху зробив у 1995 році А. Гнізділов. Він видав книгу «Шлях на Голгофу», у змісті якої описав різні погляди на хоспісну допомогу.

Розвитку хоспісного руху сприяло створення у 1999 р. Асоціації малоінвазійної та паліативної терапії. Члени Асоціації долучилися до Робочої групи з паліативної допомоги у Східній і Центральній Європі (ЕСЕРТ) та сприяли поширенню рекомендацій Ради Європи стосовно включення ПХД до системи національної політики.

У 2002 р. почала діяльність Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів». Організація приділяє увагу забезпеченню прав безнадійних пацієнтів при кінці їхнього життя. У 2007 р. створено Всеукраїнську Асоціацію паліативної допомоги. Вона ініціювала відзначення в Україні Всесвітнього Дня паліативної та хоспісної допомоги (у 2007-2010 рр.), залучення ряду церков і релігійних об'єднань до допомоги невиліковно хворим, розвиток ПХД на дому, а також створення Інституту паліативної та хоспісної медицини як головного науково-дослідного та організаційно-методичного закладу МОЗ України та кафедри паліативної та хоспісної медицини в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. У 2011 р. – створено Українську Лігу сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги, яка також прагне працювати у цьому напрямку. У квітні 2011 р. Ліга опублікувала відкрите звернення учасників національного семінару з паліативної допомоги: доступ до опіоїдних знеболюючих засобів; сприяє створенню виїзної служби паліативної допомоги у Закарпатті.

За інформацією експертів Асоціації паліативної та хоспісної допомоги, станом на 1 березня 2012 р. в Україні у системі МОЗ України діють 5 стаціонарних хоспісів та 12 паліативних відділень, що мають загалом 501 стаціонарне ліжко. В Україні функціонують 7 центрів профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД. Вони обслуговують до 50 хоспісних ліжок. Ще 4 хоспіси, що функціонують в державі є благодійними установами, а їх співзасновниками є місцеві управління охорони здоров'я (75 ліжок). Ці заклади – «медикалізовані», тобто на їх чолі стоять фахівці-лікарі, і функції соціального працівника та психолога у багатьох випадках виконують медичні працівники. Комплексний мультидисциплінарний підхід до ведення випадку, невилікового хворого в Україні фіксується як одиночний випадок.

Деякі зміни очікуються у зв'язку з тим, що, у м.Києві за ініціативою і підтримкою згаданої Асоціації почало діяти перше в історії України паліативне відділення паліативної та хоспісної допомоги на дому на базі закладу, підпорядкованого Міністерству соціальної політики.

Отже, для нашої держави характерним є такий розвиток паліативної хоспісної допомоги (ПХД), коли перевага надається переважно медичній допомозі на базі стаціонару. На думку міжнародних дослідників, для України характерна модель паліативної та хоспісної допомоги, типова для країн з обмеженими ресурсами. Рисами такої моделі є мала увага до проблем болю та інших симптомів (фізичних, емоційних, духовних) у пацієнтів. Не надається і підтримка родині. Іншими характерними рисами цієї моделі паліативної допомоги є табування тем, пов'язаних із смертю (і, як наслідок, слабка поінформованість пацієнта про діагноз), і негнучка структура, в котрій лікар є головною діючою особою, що приймає рішення

Громадянам може бути відмовлено в стаціонарному обслуговуванні з огляду на хронічний алкоголізм, карантинно-інфекційні захворювання, активну форму туберкульозу, важкі психічні захворювання, венеричні захворювання. Підставою для відмови є висновки муніципального центру і органів охорони здоров'я.

Запитання до теми:

1. Які проблеми людей похилого віку досліджує геронтогігієна?
2. Що таке геріатрія? У чому завдання геріатрії?
3. Яка роль соціального працівника у медико-соціальній роботі з людьми похилого віку?
4. Назвіть та схарактеризуйте відомі Вам хвороби людей похилого віку
5. Яка роль народної медицини у лікуванні людей похилого віку?
6. Вкажіть та схарактеризуйте засоби народної медицини.
7. Які духовні практики можна використовувати у медико-соціальній роботі з людьми похилого віку
8. Заповніть таблицю:

Види фізичних вправ	Вік для людей похилого віку	Група здоров'я

9. За допомогою інтерактивного метода «Карусель» обговоріть особливості медико-соціальної роботи з людьми похилого віку.

10. Приклади зарубіжної хоспісної допомоги

Тема 5. GERONТОПСИХОЛОГІЯ

План

- 5.1. Суть геронтопсихології
- 5.2. Методики психотерапії
- 5.3. Психогігієна у роботі з клієнтами
- 5.4. Методика вирішення психосоматичних проблем людини похилого віку
- 5.5. Реабілітація людей після перенесення психологічних травм
- 5.6. Перспективи соціальної роботи з людьми похилого віку.

5.1. Суть геронтопсихології

Геронтопсихологія як галузь геронтології використовує загально-психологічні засоби та методи для вивчення особливостей психіки і поведінки осіб похилого віку, проблем працездатності і життєвого влаштування, досліджує якості, що виникають внаслідок зміни характеру, а також особливості поведінки літніх людей. Психотерапія є елементом лікування хворої особи, чим би вона не хворіла. Вона адресована до особистості людини, спрямована на зміну її реакції, установок, відношень, тобто, впливаючи на особистість, вона мобілізує людину на боротьбу з хворобою.

Тобто, психотерапія – це система лікувального виховання хворої людини, тобто система одночасно і лікувальна і дидактично-педагогічна. Психотерапія широко використовує принципи медицини, методи фізичного і психічного тренування, засоби культури і мистецтва. У той же час, вона як і інші форми терапії, має свої прийоми одномоментної, критичної, скорої психотерапевтичної допомоги, які використовуються комплексно.

У соціальній роботі з людьми похилого віку психотерапія важлива як для надання допомоги людині похилого віку так і для озброєння соціального працівника методиками зняття зайвої емоційної напруги та перезавантаження для більш якісного виконання професійних обов'язків.

5.2. Методики психотерапії

Відомі різні методи, методики, модифікації єдиної психотерапії. Їхня різноманітність вимагає певної класифікації. Найбільше імпонує класифікація запропонована лікарем-психотерапевтом І. Вельвовським. Вона об'єднує методики, види, форми, модифікації та прийоми психотерапії. Вчений розрізняв: психотерапію у природньому стані, психотерапію у особливих фазових станах вищих відділів головного мозку, які викликаються гіпнотичними, медичними чи фізичними агентами та психотерапію при стресі. При психотерапії у природньому стані можна використовувати різні форми і прийоми: розумно-асоціативні, емоційно-пітіативні, ігрові, тренувально-вольові і сугестивні. Серед розумно-асоціативних форм і прийомів вчений приділив увагу таким:

- прийоми логічно-критичні і розумові (П.Дюбуа).
- Прийоми мотивованого переконання (А. Токарський, В.М. Бехтерев, Б. Синиани).
- Прийоми перевиховання (А.Макаренко, В. Мясіщев).
- Дидактично-педагогічні форми (В.. Мясіщев).
- Форми просвіти і роз'яснення
- Форми активування і стимулювання (Б.Бирман, С. Консторум).
- Форми зміни установок, відношень і оцінок (Л.Виготський, Д. Узнадзе, Н. Іванов).
- Форми «бібліотерапії» чи «лібропсихопедії» (І.Вельвовський, Д. Узнадзе, Н. Іванов).
- Форми працетерапії.
- Форми психотерапії через світосприймання – аретепсихотерапія) (А. Яроцький, В.Гиляровский, І.Вельвовський).
- Форми зняття дефіциту інформації.
- Форми самовиховання і самотренування.

- Прийоми «психотерапевтичного щоденника» (Г. Неткачов, І. Жуков, І. Вельвовський).
- Прийом «психотерапевтичного рекошета» (І. Вельвовський).
- Прийом анонімного дзеркала (С. Либих).
- Прийоми опосередкування агентів типу плацебо.
- Емоційно-пітіативні та ігрові прийоми.
- Прийоми психотерапії при високій позитивно-емоційній зарядці (Ж. Дежерін).
- Створення «відчуттів і пов'язаних з ними переживань» (І. Дядьковський).
- Імагопсихотерапія (І. Вольперт).
- Методи почуттів (К. Станіславський).
- Методи ігрової психотерапії.
- Психотерапевтичні прийоми з використанням музики і кольорової музики.
- Прийоми з використанням художньо-естетичного оточення (у тому числі через природу).
- Психофізична гімнастика.
- Сугестивні форми у стані бадьорості.
- Методики прямо, безпосереднього, директивного, авторитарного, імперативного навіювання.
- Методики опосередкованого навіювання.
- Зворотнє самонавіювання.
- Методики самонавіювання.

До психотерапії у особливих станах вищих відділів головного мозку. відносять всі види класичної гіпносугестії, наркосугестії та навіювання в дрімливих станах, викликаних фізичними впливами, а саме: гіпноз, відпочинок, пряма авторитарна, імперативна, директивна сугестія у гіпнозі, постгіпнотичне навіювання, різні форми аутогіпноприймів, методи аутогенного тренування за Шульцем, релаксація по Джейкобсону у поєднанні з активною гіпнотизацією, наркогіпноз, гіпносугестія на фоні різних фармакологічних теплопроцедур.

Психотерапія при стресі включає:

- вплив при стресі, який викликаний психічним шляхом: страхом, гострим позитивним чи негативним переживанням.
- Вплив при стресі, який викликаний фармакологічними агентами наприклад вегетосудинними.
- Вплив на фоні стресу, який викликаний фізичними агентами.
- Вплив на фоні стресу важливих біологічних функцій: прийом нападу зненацька, за допомогою ефірної маски.

Наведений приклад класифікації не повністю відображає суть і багатство психотерапевтичних впливів. Психотерапія – це складна система, у якій одні методи і прийоми поєднуються з іншими, переплітаються, взаємодіють.

Крім наведеної систематизації психотерапію можна розділити на наступні групи:

- за характером впливу: пряма чи опосередкована (через предмети, через ідеї, через нейтральні агенти – плацебо, потенційна, підсилююча дії агентів).
- За етиопатогенним принципом: патогенетична психотерапія (причинна чи візуальна); симптоматична чи супутня (спрямована на зняття симптомів).
- За бажаною метою впливу: радикально-дозволяюча, седативна, заспокоююча, амнезуюча, активуюча).
- За участю особистості хворого (мобілізуюча-вольова, пасивна).
- За видом впливу лікаря: безапеляційно-авторитарна, мотивуючо-роз'яснювальна, навчальна, тренувальна).
- За напрямом відносно патогенних установок хворого: синергетична переживанням, антагоністична, дискусійна).
- За джерелом впливу: гетерогенна, аутогенна.
- За тактикою використання лікарем психотерапевтичних методик: вибіркова, комбінована, комплексна.
- За кількістю осіб, з якими працює лікар: індивідуальна, психотерапія у групі, колективно-групова чи групова, коли робота ведеться у групі активно діючих хворих.

Психолог К.Платонов поділяє психотерапію на велику і малу. Під першою він розуміє програмову психотерапію, яку використовують по відношенню до конкретного хворого, під

другою – всю різноманітність тих психічних впливів, які повинні мати місце у лікувальній практиці. Мала психотерапія підвищує значення лікування. Вона пов'язана з медичною деонтологією. У психотерапії лікар визначається не просто як людина у обслуговуванні людини, а як медичний працівник у обслуговуванні, лікуванні і догляді за хворими. Лікар повинен мати високий моральний рівень і спеціальне знання законів психології і психофізіології.

Відома ще розумова психотерапія. У ній присутні елементи логіки, критики, аналізу, використовується всі форми і прийоми мисленнево-асоціативної психотерапії.

Методи і прийоми раціональних психотерапевтичних впливів різноманітні. Тут ми обмежимося лише викладом методики «психотерапевтичного щоденника». Ця методика була запроваджена Г. Неткачовим(1909) при лікуванні заїкання.

Під поняттям «психотерапевтичного щоденника» розуміють зошит у якому клієнт щодня записує власні переживання, протікання хвороби. Аналіз записів у щоденнику спочатку здійснює сам клієнт, а потім разом з лікарем. Другий аналіз записів більш детальний. Він передбачає звернення до особистостого досвіду клієнта поглиблення та розширення його, узагальнення та висновки, складання перспективного плану. Іноді пропонують клієнту вести два зошити. У одному клієнт записує протікання хвороби. А потім, коли починається лікування, то клієнт фіксує найменші зміни у настрої, стані здоров'я.

Опосередкована психотерапія – передбачає впливи, які психічно чергують конкретні подразники першої сигнальної системи або навіть подразники, які діють не прямо на рецептори соматичної і вегетативної нервової системи, а шляхом чергування нейтральних для даного захворювання матеріальних факторів, що мають ефект – плацебо-терапії. Під час проведення лікування хворому пояснюють вплив тих чи інших ліків.

Гіпнопсихотерапія – уміння викликати стан гіпнозу і проводити його на фоні лікувальних навіювань. У процесі гіпнозу реалізуються періоди: підготовчий, гіпнотичний, власне психотерапії, дегіпнотизації з постгіпнотичним навіюванням.

Наркопсихотерапія – проводиться за допомогою наркотичних засобів. Цей вид лікування практикували у роки

Великої Вітчизняної війни С.А.Попов, І.З. Вельвовський при лікуванні функціонально-нервових порушень, пов'язаних з комаційно-контузійними порушеннями.

Методика полягає у тому, що хворому вводять у вену препарати, що містять алкоголь у концентрації не вище 40% (частіше 30%). Уведений препарат викликає алкогольну ейфорію, характерну для оп'яніння. Паралельно проводяться сугестивна терапія, яка попереджує факт зникнення патологічних симптомів. Лікування починають з попередньої підготовки. У хворих виникає психологічна установка на метод. Тому на цьому етапі корисні контакти з особами, що випробували ефективність цього методу. Тривалість сеансу визначається від 10 до 40 хвилин.

Психотерапія на фоні стресу передбачає взаємовплив хворих з різним вираженням протікання хвороби. Хворих підселювали у палату, де були виліковані уже хворі. Вони спілкувалися між собою два-три дні. Ці два-три дні виконують функцію попередньої підготовки. Клієнту повідомляють, що на ньому буде випробуване нове лікування. Після введення ліків він відчує теплоту, жар. Наступні після цього відчуття є результатом дії ліків. І за задумом психотерапевта, у клієнта після переживання різних відчуттів має настати полегшення хвороби.

Добре себе зарекомендувало у роботі з людьми похилого віку аутогенне тренування. Ця методика і техніка самонавіювання була обгрунтована і описана І.Шульцем. У самонавіюванні важливо розрізняти три етапи. Перший – підготовчий, характеризується створенням у клієнта віри у можливість ефективного лікувального самовпливу, мобілізацією і підвищенням його навіювання обраній техніці самовпливу. Другий – навчання клієнта навіюванню. Тобто, умінню викликати у себе відповідні реакції. Третій – повернення до свідомого стану. Техніка аутогенного тренування використовується часто у педагогічній діяльності і у медичній роботі та у соціальній роботі.

За колективно-групової психотерапії формується співдружність клієнтів. Вони об'єднані спільною метою – боротьбою з хворобою і здійснюють її за допомогою критики, самокритики, вирішенням сумнівів і тривоги, спільними суперечками і співдружними формами поведінки. Формування

колективу проводиться психотерапевтом активно. Група повинна складатися не більше ніж з 15 людей. Міні – колектив включає від 3 до 5 осіб, медіа – колектив – від 6 до 15 осіб. При більшій групі психотерапевт може не знати імена тих, хто займається. Можна формувати групу з хворими різних діагнозів. Не можна об'єднувати у одному колективі дорослих і дітей. Стать не є предметом диференції, проте, при статевих розладах служить предметом диференціації. Завдання першого етапу колективно-групової взаємодії – роз'яснення змісту і доцільності занять, методики занять. На другому етапі проводиться загальна програма для всіх й індивідуальна для кожного. Для останньої використовуються навушники, за допомогою яких кожен отримує програму зцілення. Після завершення бесіди ведеться активна розмова про користь заняття для кожного учасника, про самопочуття людини.

До програми колективно-групових занять доцільно включити методику психологічного рекошета, яка полягає у тому, що слова звернені до інших, рекошетом впадуть на тих, кого це стосується. Детальний опис цього методу наведено для лікування заїкання і алкоголізму. При колективному лікуванні діє методика анонімного дзеркала.

Добрий вплив на стабілізацію почуттів має музика, спів, ритміка, психофізична і статична гімнастика. Важливе місце доцільно відвести колективній трудотерапії і колективно-груповій лібропсихопедії.

Лібропсихотерапія передбачає використання книг з метою зняття зайвої емоційної напруги клієнта. Вона є однією з методик, а не особливим методом психотерапії. Лікувальне читання повинно входити в загальну систему психотерапії як частина її комплексу. Психотерапевт скеровує клієнта до бібліотеки, де він має читати ту літературу, яку він йому призначив.

Література добирається відповідно до конфліктів:

- на ґрунті приниження;
- на ґрунті вроджених чи набутих вад у організмі;
- на ґрунті важких втрат;
- на ґрунті трагедій любові;
- на ґрунті перешкод у праці і зривів творчих планів;

- на ґрунті побутових ситуацій.

На фоні читання літератури створюється фон психологічних опорних творів, які дають хворому захист і самозахист.

Арттерапія як форма роботи з людьми похилого віку передбачає взаємодію арт-терапевта з людьми похилого віку, яка вимагає врахування цілого ряду психологічних, соціальних і фізіологічних факторів. Зокрема, завданнями арт-терапевтичної роботи при цьому є подолання соціальної ізоляції, підвищення самооцінки людини похилого віку, створення умов для актуалізації її життєвого досвіду, визнання цінностей, реалізація нею свого творчого потенціалу.

На індивідуальних і групових заняттях при арт-терапії можна використовувати вправи для підготовки пацієнтів до роботи, щоб мобілізувати їхню увагу, а в групі – зблизити її членів спільними діями. Для цього може слугувати техніка «малюнок». Арт-терапевт просить учасників групи що-небудь намалювати (це може бути композиція чи знайомий усім образ). Через десять хвилин кожний повинен передати свій малюнок сусіду праворуч. Той що-небудь додає до зображення і передає його далі по колу до тих пір, поки воно не повернеться до свого першого автора.

Техніка «завершення карлючок» зручна тим, що дозволяє людям почати роботу не з білого листа. На окремих аркушах арт-терапевт малює різні звивисті лінії, серед яких немає повторюваних, а потім передає зображення учасникам групи і просить їх перетворити лінію в образ. Потім пацієнти показують один одному свої малюнки й обговорюють їх. Приступати до роботи краще з простого завдання, наприклад, «напиши своє ім'я». Клієнтам пропонують зобразити свої імена в довільно обраних стилі і формі. Більшість людей не напружується при цьому і можуть творчо виявити себе вже на самому початку заняття.

Для стимуляції спілкування можна використовувати техніку колажу з кольорового паперу і тканини.

В індивідуальній роботі арт-терапевт просить відобразити на малюнку той чи інший сюжет з їхнього життя. Можна використовувати техніку спільного малювання. Багато людей похилого віку мають певні труднощі при малюванні: воно

нагадує їм про дитячі роки і здається «несерйозним заняттям». Іноді вони думають, що таким витонченим образом арт-терапевт перевіряє ступінь їх «дурості» оскільки знають про слабкість своєї пам'яті. Однак, багато-хто все-таки знаходять образотворчу роботу дуже важливою для себе, тому що вона надає їм можливість реалізувати те, що вони довго в собі «заглушали», все життя займаючись «практично значимими справами», не даючи виходу своїм почуттям і не надаючи значення такому поняттю як «особистісний ріст». Люди цієї вікової групи мають потребу в поверненні до минулого для того, щоб побачити зміст у власному житті.

Деталі методик та інструктаж до їх виконання дивитися у праці: Вельвоский И., Лингард Н.К., Багалея Е.М., Сухоруков В.И. Психотерапия в клинической практике. К.: Здоровье, 1984. 160 с.

5.3. Психогігієна у роботі з клієнтами

Психогігієна – це наука про збереження і зміцнення нервово-психічного здоров'я. Вона є складовою частиною більш загальної науки про здоров'я людини – гігієни.

Наукову основу психогігієни складають фізіологічне учення І. Сеченова, І. Павлова, Н. Введенського, А. Ухтомського.

У аналізі психогігієни у роботі з людьми похилого віку доцільно звернути увагу на особистість самого психолога чи психотерапевта. Адже від його психічного здоров'я і стресостійкості значною мірою залежить віра клієнта у свої сили. Таким чином, до якостей людини, що працює з людьми похилого віку ставляться такі вимоги: почуття гумору, оптимізм, виражена духовна позиція, демонстрування безумовної поваги до клієнта, готовність апелювати до життєвого досвіду клієнта, віра у багатий життєвий досвід клієнта, мудрість та внутрішня здатність самому визначати свій життєвий шлях, нести відповідальність за прийняті рішення. Фахівцю доцільно пам'ятати, що для людей похилого віку будь-яка стресова ситуація – це важка психологічна травма. Той, хто працює з людьми похилого віку має пам'ятати, що травмуючими словесними впливами для цієї вікової групи є: стійко зафіксовані словесні спогади, пов'язані із загрозою здоров'ю і страхом смерті; ситуації, які викликають

важку реакцію на старість і втрату життєвих перспектив; словесні формулювання, які зачіпають самолюбство. Причому у багатьох випадках слова, сказані багато місяців тому, не втрачали психотравмуючого значення, а приживалися ще важче, ніж у той період.

Існують принципи побудови раціональних взаємин з людьми похилого віку. Вони діють лише за умови розуміння цієї категорії людей. Оскільки люди похилого віку не беруть активної участі у суспільно корисній діяльності, до них часто приходять пригніченість, поганий настрій, недовір'я, відчуження. При цьому дистанція з людьми похилого віку може принести шкоду у той час, коли повага, теплота, турбота, такт, викликають позитивний емоційний відгук і відповідне визнання.

Завдання психотерапії полягає у тому, щоб допомагати людям похилого віку економно витратити свою енергію, тонко і точно орієнтуватися у складному просторі. Тобто вивчати правила старіння.

Спілкування з вітчизняними психологами-практиками показує, що сьогодні серед основних проблем, з якими доводиться їм стикатися, все частіше стає проблема геронтологічного суїциду. Основною причиною самогубств у літньому віці є невміння цієї вікової групи долати протиріччя, що виникають між людьми похилого віку та можливостями суспільства у їх задоволенні. Зміна системи соціальних цінностей неминуче позначилася на сприйманні людиною похилого віку вимог, які до неї висувають рідні і оточення. Другою причиною вчені вважають накопичення страждань. З кожним роком переживань людини похилого віку стає все більше. Її нервова система не в змозі впоратися з ними і людина сприймає факт смерті як факт позбавлення від страждань. За даними науковців лише 2,5 % людей похилого віку, що приймають рішення про самостійну втечу від життя страждають психічними розладами, тобто більшість стареньких приймають це рішення свідомо. Михайло Матяш підкреслив, що самогубці – це здорові психічно люди, в яких є родичі, але часто рівень душевних страждань перевищує бажання жити. Побудує іще думка, що відсоток суїцидів серед людей похилого віку зумовлений відсутністю у них віри в Бога, на це мало звертали увагу в радянський період.

Питання геронтологічного суїциду було предметом аналізу О. Данило, Н. Бугайової, О. Андрушка та ін.. Отже, завдання соціального працівника полягає у профілактиці цього явища серед людей похилого віку, створення сприятливого емоційного клімату в середовищі стареньких та турботі про уникнення професійного емоційного вигорання.

Завдання психологічної допомоги зі зміцнення психічного здоров'я людей похилого віку полягають у:

- виробленні адаптації людини похилого віку до статусу пенсіонера, сприяння клієнту розглянути і оцінити свої інтереси та життєві ресурси, обрати для себе захоплюючу справу.
- У допомозі прийняти старість і все минуле життя у цілому, у пошуку нових орієнтирів (формування позитивного образу старості як часу для щастя, розвитку, внутрішнього спокою, обговорення всього кращого, що є в актуальній життєвій ситуації).
- У підвищенні загального фону настрою.
- У підвищенні самооцінки.

До особливих ситуацій, у яких надається психологічна допомога, відносять: втрату близьких, глибоку депресію, наближення смерті. Розглянемо детальніше кожен з цих ситуацій.

Втрата близьких як особлива ситуація у якій опинилася людина похилого віку вимагає уваги до симптомів визначених О.В. Красновою: фізичні страждання (коротке дихання, постійні зітхання, слабкість у м'язах, скарги на втрату сили і виснаження, сухість у роті, відсутність апетиту. Поглинутість образом померлого. Почуття провини (людина, яка зазнала втрати, намагається відшукати у подіях, що передували смерті, докази того, що вона не зробила для померлого всього, що могла, вона звинувачує себе у неувважності та перебільшує значення своїх найменших похибок. Ворожі реакції (у людини часто спостерігається втрата теплоти у стосунках з іншими людьми. Тенденція розмовляти з ними роздратовано, зі злістю, бажання її не турбувати, незважаючи на намагання рідних і друзів підтримати з нею дружні взаємини. Втрата моделей поведінки (у мовленні з'являється квапливість, особливо, коли мова стосується померлого, людина стає непосидючою, здійснює безцільні рухи, постійно шукає собі якесь заняття, у той самий

час хворобливо нездатна розпочати і підтримувати організовану діяльність, усі справи виконує без інтересу, із зусиллям, часто людина, яка пережила горе, дивується, що усі звичні справи були пов'язані для неї із померлим, а тепер втратили свій сенс.

За даними Л.Сатіної, одним з ефективних методів з подолання горя є групова робота, переваги якої зводяться до наступного: навіювання надії, прийняття, зменшення соціальної ізоляції, допомога у пошуку нової ідентичності і нового смислу життя, соціальна підтримка, позбавлення страхів, набуття нових навичок та обмін досвідом, участь у груповому процесі, робота з позбавлення переживань, можливість допомогти іншим.

За І. Малкіною – Пих, в індивідуальному консультуванні психологу варто: показати клієнту, що новий сенс життя полягає у збереженні пам'яті про померлу людину, що поки живий він - живе і померлий, який залишається у його душі, пам'яті;

- фіксування уваги клієнта на тому хорошому і щасливому, що пережили вони разом з померлою людиною (щоб полегшити почуття провини клієнта);

- щиро співпереживати горю клієнта і адекватно виражати співчуття;

- надавати можливість клієнту виражати свої почуття;

- допомогти близьким клієнта правильно реагувати на його сум.

Часто тривалі і глибокі переживання людей похилого віку приводять до депресії. У цій ситуації, як підкреслює ізраїльський фахівець роботи з людьми похилого віку К. Кондор психолог повинен показати клієнту, що він не може взяти на себе відповідальність за стан клієнта. А може лише допомогти його самовизначенню. Варто показати клієнту, що його песимістичний погляд на світ – результат його депресивного стану, можна полегшити стан, і тоді світ покращиться. Треба підтримати людину похилого віку, допомогти у психологічному поясненні її труднощів, при цьому активно розпитувати про переживання та обставини життя. Зустрічі повинні бути частими (2-3 рази на тиждень) з поступовим зменшенням їх частоти залежно від процесу консультування з кожною наступною зустріччю, спонукати його до більш активної ролі у вирішенні проблеми.

Особливої уваги заслуговує бесіда з людиною похилого віку у стані наближення смерті. Бесіда з вмираючою людиною похилого віку не є у повному значенні слова психологічним консультуванням. У кінці життя людина звертається думками до вічного Бога. Підсумовуючи своє життя, вона шукає закон людського існування і знаходить його у вірі. У людини похилого віку віра може бути глибокою і щирою, і тому присутність священика біля ліжка помираючого сьогодні не рідкість. Церковний ритуал підготовки до смерті вивіреним багатьма сотнями років, він полегшує людині перехід до іншого світу. Однак, якщо у помираючої людини немає потреби у спілкуванні зі священником, вона може залишатись одна перед обличчям смерті. Близькі, зайняті своїм горем, не можуть виявити серйозної допомоги вмираючому. Це може зробити лікар або психолог.

У сучасній психології розроблені загальні принципи спілкування з вмираючою людиною похилого віку. Потрібно уважно вислухати її та допомогти поділитись думками про смерть, про те, що вона залишає у цьому житті. При цьому увагу вмираючого слід обережно спрямовувати на важливі справи, завершені ним за життя.

У щоденній роботі соціальний працівник, психотерапевт може практикувати техніки описані психологами. Серед яких наступні:

- **Робота зі спогадами.** Використовують для мотивування життєвої активності, формування толерантного ставлення до старіння і невідворотності смерті, вони дають можливість людині усвідомити як її минуле визначило її теперішнє, і продовжує впливати на неї, дозволяють переживати особистісний досвід як значущий та яскравий. Для цього використовують такі вправи.

Вправа 1. Я і мій життєвий шлях

Мета – допомогти людині усвідомити, яким чином минуле вплинуло на теперішнє і продовжує позначатись до цих пір, показати повторювальність стереотипів поведінки і допомогти прийняти рішення про прощання з минулим, звільнення від стереотипів, які не відповідають новим життєвим умовам.

Інструкція. (Для клієнта) Опишіть коротко зовнішні події вашого життя (час і місце народження, національність, соціально-економічне становище вашої сім'ї, кількість братів, сестер, загальні соціальні умови, у яких ви жили. Як ці умови вплинули на ваш розвиток.)

Викладати свою біографію можна по-різному. Деякі роблять це у хронологічному порядку, розповідаючи про своє життя за рік, для інших краще розпочати з того моменту, який з певних причин є для них закритим. Можна спочатку нагадати загальний план, а потім детально зупинитися на тому, що більше вас приваблює. І знову повернутися до плану, щоб не упустити важливі моменти життя. Пишіть так, як вам зручно. Найважливіше – це розпочати писати. Спробуйте викласти думки у вигляді потоку свідомості.

Описуючи своє життя, будьте відвертими і безпристрасними, не бійтесь постати у невігідному світлі. Зверніть увагу на ті моменти свого життя, яких Ви соромитесь. Їх осмислення допоможе багато чого зрозуміти, краще усвідомити своє життя і знайти конструктивні способи стосунків з іншими. Якщо текст видається Вами надто довгим і нав'язливим, можна зробити на його основі більш короткий і чітко організований варіант.

Запитання для роздумування (задаються після опису життєвого шляху). Яким ви були у різні періоди свого життя? У який бік Ви змінилися з тих пір? Чи сприймали Вас оточуючі так само, як Ви сприймали себе? Які «маски» Ви носили? Як викривляли свою справжню натуру, щоб бути прийнятим у оточенні? Щоб захиститись від нього?

Завдання:

- опишіть поворотні моменти, під час яких відбувались зміни у вашому усвідомленні життя чи ставленні до нього. Такі події часто сприймаються як випробування і можуть відбуватися як криза чи перевірка на міцність.

- Опишіть помічені вами стереотипи чи конфлікти, які повторювались у різних ситуаціях, а також уроки, які Ви винесли з свого життєвого досвіду.

- Опишіть свої найбільш віддалені у часі спогади.

- Відзначте будь-які події, які травмували Вас. Як вони вплинули на Вас.

- Розкажіть про своє життя, подумайте, як би Ви назвали книгу про своє життя, якби написали її. Придумайте казку про своє життя, проілюструйте її малюнками.

Підсумкові запитання: Ви приймаєте свій життєвий досвід чи ставитеся до нього негативно? У чому, на Ваш погляд, полягає більш глибоке значення і призначення Вашого життя.

Вправа 2. Похвальне слово самому собі

Мета - допомогти людині підбити підсумки прожитого, усвідомити те важливе і цінне, що вона вже здійснила.

Інструкція: Протягом десяти хвилин із заплющеними очима згадуйте ваше життя. Розпочніть з ранніх дитячих спогадів. Згадайте кожне ваше досягнення, кожну заслугу, кожну зроблену справу, якими Ви можете пишатися. Відмовтеся від будь-яких скромних і таких, що зменшують Ваші досягнення, зауважень. Наприклад, в інституті я був першим у групі, правда, у ній було всього 10 осіб. Відкиньте друге речення і залишіть тільки перше. Зверніть увагу на події, які без вашої участі набули б зовсім іншого повороту (наприклад, випадок, коли виступили і захистили вашого товариша по роботі, чи коли Ви запізнилися на призначену зустріч, тому що допомагали дитині, яка загубилася, добратися додому). І не забудьте вчинки, які комусь можуть видатися легкими, але для Вас були важкими.

Запитання: що Ви зрозуміли з Ваших спогадів?

Вправа 3. Рівень щастя

Мета – допомогти людині побачити ті існуючі джерела радості, які вона не помічає, показати, що щастя – це стан душі і воно не визначається раптовим задоволенням усіх бажань чи рівнем матеріального становища.

Інструкція. Складіть список усього того, за що Ви можете бути вдячні долі у даний момент. Прослідкуйте, щоб у Ваш список було включено усе те, що варте вдячності – сонячний день, грошові зберігання (навіть якщо сума не дуже велика), своє здоров'я, здоров'я членів сім'ї, житло, їжа, краса, любов, світ.

Якщо робота з підбиття підсумків і знаходження джерел радості, щастя у теперішньому житті проведена досить ретельно, можна перейти до пошуку нових можливостей, нових шляхів.

Творча візуалізація. Використовується для регуляції найрізноманітніших негативних емоцій людей похилого віку.

Вправа 1. Створення святого місця

Мета: створення візуального образу, який допомагає клієнту розслабитись і заспокоїтись.

Інструкція: Коли Ви розпочинаєте використовувати творчу візуалізацію, то відразу треба створити у собі святе місце, куди б Ви могли відправитися в будь-який момент, коли це необхідно. Ваше святе місце повинно ідеально підходити для розслаблення і заспокоєння, у ньому Ви повинні відчувати себе у безпеці, і ви можете створити його за своїм бажанням.

Прийміть зручне становище, заплющте очі і розслабтесь. Уявіть себе у якомусь прекрасному кутку на природі. Це може бути будь-яке місце, яке Вам більше подобається: галявина, вершина, гора, ліс, морський берег. Воно може бути навіть глибоко в океані чи на іншій планеті. Де б воно не було, вам там повинно бути зручно, тепло, приємно і спокійно. Візьміться досліджувати оточуюче середовище, помічаючи усі деталі, звуки, запахи. Яке відчуття вони викликають у Вас?

А тепер займіться обладнанням цього місця, щоб зробити його обстановку комфортною і домашньою. Можливо Ви захочете побудувати якийсь будинок, а можливо пристановище, а може, просто оточите це місце золотим світлом, яке буде захищати Вас. Створюйте і розкладайте на місця необхідні Вам речі так, як Вам буде зручно і приємно.

Можете здійснити якийсь ритуал, щоб позначити своє святе місце.

З цих пір – це Ваше власне святе особисте внутрішнє святе місце, куди завжди можете повернутися, коли закриєте очі і захочете опинитися там.

Може виявиться, що ваше святе місце час від часу змінюється незалежно від Вас, або може захочете внести якісь зміни і доповнення. У вашому святому місці Ви можете вільно творити, але пам'ятайте, що воно повинно зберегти основні якості – бути місцем миру, спокою і абсолютної безпеки.

Вправа 2. Познайомтесь зі своїм провідником

Мета – вчити слухати себе.

Інструкція: уся необхідна нам мудрість і знання перебувають у нас. Вони доступні нам через інтуїцію, однак часто видається важким знайти шлях до істинної мудрості. Краще всього це зробити, познайомившись з власним провідником.

Цей внутрішній провідник відомий нам під багатьма іменами. Такими як порадник, духовний керівник, уявний друг чи вчитель. Це вища складова, яка керує нами у різних формах, але зазвичай набуває вигляду людини, з якою можна поговорити, і яка ставиться до нас як мудрий люблячий друг.

Дана вправа допоможе Вам познайомитися з своїм духовним провідником. Заплющіть очі і розслабтесь. Ідіть у своє внутрішнє святе місце і проведіть там декілька хвилин, розслаблюючись. Тепер уявіть собі, що у цьому святому місці Ви стоїте на дорозі, яка іде вдалечінь. Ви їдете дорогою і назустріч Вам рухаються істота, яка випромінює чисте яскраве світло.

З наближенням її ви починаєте розрізняти: мужчина це чи жінка, як вона виглядає, якого віку, в якому одязі. Чим ближче підходить, тим більше деталей Ви бачите. Привітайте цю людину - запитайте, як її звати. Нехай це буде будь-яке ім'я, яке прийде вам у голову. Тепер покажіть вашому провідникові ваше святе місце. Він буде вказувати на щось, чого Ви ніколи не помічали, ви обидва будете раді від спілкування один з одним.

Запитайте свого провідника, чи не хоче він щось сказати чи дати якусь пораду. Якщо хочете, можете що небудь запитати. Можливо, ви не отримаєте негайної відповіді – не засмучуйтесь, відповідь прийде до вас пізніше у тій чи іншій формі.

Коли, насолодившись присутністю свого провідника, відчуваєте, що на цей раз достатньо, подякуйте йому, висловіть свою повагу і попросіть його знову відвідати своє святе місце.

Розплющіть очі і поверніться до зовнішнього світу. Ваш провідник може час від часу змінювати форму чи ім'я, а може залишатися незмінним з роками. Він чекатиме Вас завжди, коли Вам буде потрібна допомога, матеріальна підтримка, мудра порада.

Вправа 3. Зцілювальна медитація

Мета: вміти слухати себе та управляти своїм станом.

Інструкція: сядьте чи ляжте, дихайте повільно, глибоко і розслаблюючись. Розпочавши з пальців, стоп, ніг, тазу і так далі,

переводьте увагу по черзі на кожную частину тіла, розслаблюючи і звільняючись від напруження. Відчуйте як напруження виходить з Вашого тіла.

Тепер уявіть золотаве цілюще світло навколо вашого тіла, відчуйте його, насолоджуйтесь ним.

Якщо якась окрема частина Вашого тіла нездорова чи відчуваєте там біль, запитайте її чи не хоче вона послати вам якийсь повідомлення. Запитайте, що Вам потрібно зробити у даний момент чи взагалі у житті.

Якщо у відповідь ви отримаєте пораду, докладіть усіх зусиль, щоб зрозуміти і дотриматися її. Якщо відповіді не отримаєте, продовжуйте медитувати. Тепер спрямуйте енергію у ту частину тіла, якій вона потрібна і відчуйте зцілення.

Ви можете уявити, що ваша проблема вирішена і енергія йде від вас на будь-яку картинку, яка вам допомагає зцілитись. Тепер уявіть себе у природному стані відмінного здоров'я. Уявляйте себе у різних ситуаціях здоровими і активними. Промовляйте до себе:

-Я пододала усі хвороби. Я вільна і здорова.

- Я випромінюю енергію здоров'я.

- Я люблю своє тіло і повністю ним задоволена.

- Я добрий до свого тіла і моє тіло добре до мене.

- Я сповнений енергії і життєвої сили.

- Моє тіло забалансоване і перебуває у повній гармонії з Всесвітом.

- Я вдячний за здоров'я, красу і життєву силу, які перебувають у мені.

З тих пір, коли Ви будете проробляти цю медитацію, уявляйте себе у винятково хорошому здоров'ї і оточенні золотого світла.

Вправа 4. Медитація для позбавлення від болю

Мета: вчити управляти своїм станом

Дану медитацію можна проробляти з людиною, яка відчуває головний біль чи будь-який інший біль.

Інструкція: ляжте, заплющіть очі і повністю розслабтеся. Зосередьте свою увагу на диханні: дихати слід глибоко, повільно і природно. Повільно рахуйте від 10 до 1 з кожним числом все більше розслаблюючись.

Уявіть яскраве світло будь-якого кольору, який вам подобається, чи перший, який прийде вам у голову. Уявіть це світло у вигляді невеликої яскравої сфери. Тепер уявіть як вона поступово розростається, поки нарешті заповнить увесь уявний простір. Коли відчуєте це уявіть, що сфера почала стискатися і знову набула попередніх розмірів. Нехай тепер ця сфера стиснеться ще більше, приблизно до сантиметра у діаметрі, і нарешті щезне зовсім. Тепер проробіть це знову, але уявіть, що цей колір - це ваша біль.

Вправа 5. Постановка мети

Мета: допомогти клієнту зрозуміти, чого він хоче від життя.

Інструкція: зрозуміти, що вам потрібно у житті буде легше, якщо Ви використаєте процес постановки мети.

Слід запам'ятати, якщо висуваєте мету, це не означає, що весь час повинні залишатися їй вірними. Ви можете змінювати цілі, коли хочете, і коли це потрібно.

Пам'ятайте, що постановка мети означає, що треба боротися за неї, докладаючи зусиль, для її здійснення. Не треба емоційно прив'язувати себе для досягнення мети. Навпаки, постановка мети може допомогти вам йти дорогою життя із більшим задоволенням, легше і без зусиль.

Цілі можна ставити, виходячи з того факту, що життя прекрасна і приємна гра. Не потрібно сприймати все надто серйозно. Однак, слід надати всьому достатньої ваги і значущості, щоб показати, що все це є справжньою цінністю для вас.

Може виявитися, що процес вибору мети викличе у вас емоційний супротив, з'явиться відчуття пригніченості, безнадійності і опору при думці про необхідність ставити ціль, або ви можете відчути бажання відволікти себе їжею, сном чи ще чимось. Такі емоційні реакції, якщо вони у вас з'явилися, допомагають зрозуміти ті шляхи, якими ви намагаєтесь уникнути того, що вам потрібно у житті. Важливо йти вперед, відчути ці почуття і реакції, пройти через них і продовжувати свій шлях.

Може виявитися і таке, що вам сподобається цей процес, ви побачите, що він цікавий. Не надавайте надто великого значення постановці мети і не ускладнюйте процес. Розпочніть з простого і очевидного. Пам'ятайте – мету завжди можна змінити:

- візьміть олівець, папір, сядьте і запишіть наступні поняття: здоров'я, гроші, спосіб життя, майно, стосунки, творче самовираження, дозвілля, подорожі, особисте зростання.

Тепер під кожним з цих понять запишіть те, чого б ви хотіли досягти, змінити чи покращити у найближчому майбутньому. Записуйте усе, що прийде вам у голову.

Завдання цієї вправи – змусити вас думати про те, чого б ви хотіли досягти у різних сферах вашого життя.

Візьміть ще один аркуш паперу і зверху напишіть «якби я міг бути тим, ким хочу, робити і мати все що хочу, то ідеальна ситуація була б наступною».

Тепер перелічіть ті ж самі сім понять і під кожним напишіть абзац чи два (або скільки захочете), описуючи ідеальну ситуацію, настільки у вас вистачить фантазії. Завдання цієї вправи — вивести вас за існуючі рамки, маючи все, про що ви тільки мріяли.

Закінчивши цей варіант, додайте ще одне поняття «ситуація у світі, оточуюче середовище», опишіть ті зміни, які б ви хотіли провести на планеті протягом вашого життя, якби мали достатньо енергії для цього. Будьте творчими. Може виявитися, що у вас виникають цікаві ідеї, які раніше ніколи не спадали Вам на думку. Тепер заново прочитайте усе написане і потратьте трохи часу на відповідну медитацію. Створіть подумки картину прекрасного життя у чудовому світі.

Знову візьміть чистий лист паперу. На основі складеної ідеальної ситуації визначте і запишіть 10 чи 12 найбільш важливих у вашому житті цілей – тих, що видаються найбільш значущими у Вашому житті.

Пам'ятайте, що цей список ви можете змінити у будь-який момент.

Вам може видатися складним точно визначити події у далекому майбутньому, і при його плануванні у вас може виникнути неприємне почуття. Однак прийняття плану не зобов'язує вас виконувати його. Мета цієї вправи: попрактикуватися у постановці цілей, зрозуміти, що деякі ваші фантазії можуть стати реальністю, якщо ми хочемо того і готові побачити у своєму житті найбільш важливі цілі і напрями. Вони повинні бути простими і реалістичними. Вибирайте те, у

досягненні чого ви впевнені, якщо тільки у вас немає бажання ризикнути.

Якщо виявиться, що ви не змогли досягти деяких з своїх цілей, не критикуйте себе і не думайте, що ви зазнали поразки. Слід просто зрозуміти, що мети не досягнути і вирішити, чи є вона до цих пір вашою метою, чи хочете ви знову поставити собі таку мету чи ні. Важливо розібратися зі своїми недосягнутими цілями, інакше вони будуть накопичуватися у вашій підсвідомості і ви не будете ставити їх.

Якщо виявиться, що ви досягли мети, навіть якщо вона буде маленькою, цей факт треба буде обов'язково помітити. Хоч на хвилинку треба відчувати задоволення і підбадьорити себе.

Не ставте перед собою недосяжних цілей. Оберіть найбільш підходящі для вас. Якщо виникає почуття пригніченості, сум'яття, втрати сил – спростіть завдання. Можливо ви захочете попрацювати над якоюсь певною проблемою свого життя, наприклад, робота чи стосунки з оточуючими.

Вправа 6. Карта цінностей

Мета: допомогти клієнту зрозуміти, чого він хоче від життя.

Карта цінностей – це дійсна фізична карта, яка зображує бажану дійсність. Вона має велике значення, бо дозволяє сформуванню чіткої образ, який буде спрямовувати і фокусувати увагу на мету. Її можна намалювати олівцем, фарбами, а можна скласти колаж картинок, вирізаних з листівок.

Інструкція: намалюйте свою карту цінностей, тобто картину, яка б відповідала реальній ситуації, коли ви досягли мети. Карта цінностей повинна описувати певну мету чи якусь сферу свого життя, ви повинні бути впевнені, що не забули жодної деталі, але і не ускладнили картину. Можна зробити одну карту цінностей для покращення своїх взаємин з іншими людьми, іншу – для своєї роботи, ще іншу для свого духовного розвитку.

Можна зробити її будь-якого розміру. Вона може вміщуватися у записній книжці чи висіти на стіні. Невелику карту можна носити у кишені чи записнику.

Ви повинні обов'язково бути присутнім на картині. Для більшої реальності можете використати свою фотографію. На зображенні ви будете ким захочете, робитимете що захочете. Зображувальна ситуація повинна мати ідеальну, досконалу

форму, ніби вона існує. Не слід показувати, як це досягалося, – це кінцевий результат. Не малюйте нічого небажаного чи негативного. Використовуйте побільше барв, щоб посилити вплив на вашу свідомість. Зображуйте себе у реальній обстановці, вона повинна видаватися вам правдоподібною. Процес створення карти цінностей – це дуже важливий крок на шляху досягнення мети. Тепер вам слід дивитись на неї по декілька хвилин щоденно і частіше думати про неї протягом дня.

Вправа 7. Методика релаксації

Мета: досягнути стану розслаблення клієнтів.

Інструкція: сядьте якомога зручніше. Ноги покладіть так, щоб стопи повністю торкались підлоги. Заплющіть очі. Зосередьте увагу на своєму диханні. Зробіть декілька глибоких видихів і з кожним видихом подумки скажіть слово «розслаблююся».

Зосередьте увагу на своєму обличчі і намагайтеся відчутти будь-яке напруження м'язів обличчя та очей. Подумки уявіть собі це напруження у вигляді якогось образу. Це може бути стиснутий кулак чи зв'язаний у вузол шнурок. Потім уявіть собі, як напруження послаблюється, розв'язується, повисає, схоже до натягнутої, а потім відпущеної гумки. Відчуйте як розслаблюється ваше обличчя і очі, а потім тіло. Повторіть те саме з усіма іншими частинами тіла.

Для кожної з них подумки уявляйте напруження, а потім відчувайте, як воно щезає, тоне. Розслабте усе тіло. Перебувайте у цьому стані від двох до п'яти хвилин. Тепер відчуйте, що м'язи ваших повік стали легшими. Будьте готові до того, щоб знову розплющити очі і знову опинитися у кімнаті. Ви готові повернутися до своїх звичних слів.

Вправа 8. Подолання прихованих образ

Мета: допомогти людині подолати почуття образи.

Інструкція: сядьте зручніше. Заплющіть очі. Стопи покладіть на підлогу. Розслабтесь. Подумки уявіть собі людину, до якої Ви відчуваєте неприязнь. Уявіть, що з цією людиною відбувається щось хороше – це цілком нормально. Поступово вам буде легше це робити. Подумайте про роль, яку, можливо, ви відіграли у тій чи іншій стресовій ситуації. Спробуйте по – іншому побачити подію і поведінку тієї людини. Уявіть собі, як

ситуація могла виглядати з її точки зору. Зверніть увагу – чим більше ви розслаблені, тим менше почуття образи обіцяйте собі, що ви спробуєте зберегти у собі нове розуміння цієї ситуації.

Тепер ви можете повернутися до звичайних справ. Ця вправа займає менше 5 хвилин. Спробуйте виконувати її кожного разу, коли відчуєте, що ваші думки знову повернулися до неприємного епізоду.

Вправа 9. Побачити своє життя і смерть

Мета: допомогти клієнту розібратися зі своїми страхами і уявленнями про смерть, дати можливість більш широко подивитися на життя та його закономірне завершення, сформувані свої уявлення про смерть і помирання, допомогти людині побачити те важливе, що вона ще може здійснити.

Інструкція: сядьте зручніше. Розслабтесь. Уявіть собі, ніби Вам говорять, що Ви помираєте, які думки викличе це повідомлення. Куди ви підете, з ким будете говорити, що скажете. Не поспішайте, спробуйте уявити це у найдрібніших деталях. Тепер уявіть, що ви поступово помираєте. Подумки намалюйте картину погіршення вашого здоров'я. Намагайтесь зосередитися на усіх деталях процесу помирання. Усвідомте, що ви втратите, коли помрете. Дайте собі можливість протягом декількох хвилин пережити усі ці почуття і ретельно у них розібратися. Уявіть людей, які оточують ваше сімейне ложе. Спробуйте побачити, як вони будуть реагувати на втрату. Що вони говорять, відчувають. Не поспішайте, детально уявіть собі, що буде відбуватися, включаючи момент вашої смерті.

Тепер уявіть, що присутні на своїх похоронах чи на церемонії прощання. Кого ви там бачите? Що відчувають люди, які прийшли. І знову не поспішайте, дайте можливість пережити собі це у деталях.

Уявіть себе мертвим. Що відбувається з Вашою свідомістю? Нехай вона потрапить туди, де, за Вашою вірою, перебуває свідомість після смерті. Залишайтеся там якийсь час і усе відчуйте.

Дайте можливість вашій свідомості відправитись у Всесвіт і зустріти там те, що Ви вважаєте джерелом життя. У присутності цього джерела подивіться на прожите життя і згадайте його у всіх деталях. Не поспішайте. Чим з того, що було зроблено, Ви

залишилися задоволеними? Що зробили не так? Які образи носили у собі протягом усього життя. Які з них живі до цих пір? Спробуйте провести такий огляд свого життя і задати собі ці запитання, незалежно від того, що відбувається зі свідомістю після смерті.

У нас тепер є можливість повернутися на землю у новому тілі і розпочати жити заново. Чи оберете ви тих самих батьків, чи знайдете нових? Якими якостями вони будуть наділені? Чи будуть у вас брати, сестри. Вони ті самі чи інші. Яку професію ви оберете? Що найголовніше з того, що ви хочете досягнути у цьому новому житті.

Що буде для вас важливим? Ретельно продумайте усі нові можливості.

Усвідомте, що цей процес смерті і переродження у вашому житті неперевний. Кожного разу, коли ви змінюєте щось у своїх уявленнях і почуттях, ви помираєте і знову народжуєтесь. Тепер, переживши смерть і нове народження у своєму житті, Ви можете побачити, як це реально відбувається у Вашому житті.

Спокійно, не поспішаючи, повертайтеся назад у теперішній момент часу. Будьте готові повернутися до звичайного життя. Виявляється, що для людей, які виконували цю вправу, найбільш корисною є та її частина, у якій вони оглядають прожите. Це допомагає людині зрозуміти, яких змін у житті вона хотіла б досягти. Необхідно звернути увагу на те, що смерть була уявною, тому у людини ще є час, щоб виправити своє життя.

Когнітивно-поведінкова терапія депресивних станів

Використовується для внутрішньої переробки інформації клієнтом та забезпечення його новим досвідом. Клієнти вчать усвідомлювати свої ірраціональні установки, висувають альтернативні пояснення ситуацій, з якими доводилося стикатися та перевіряти ці альтернативи.

Вправа 1. Навчання основної формули ABC

Мета: донести клієнту важливість способу мислення

Інструкція: намалюйте клієнту формулі А.....С. А – означає подію, ситуацію у якій вони опинилися, поштовх із зовнішнього світу, стимул, усе, що обумовлює процес реагування в цілому. С позначає або ваші емоції, або поведінку. С - є наслідком А. Ним можуть бути почуття, дії. Давня теорія стверджує, що А викликає

С, що зовнішня ситуація викликає внутрішні почуття і змушує нас діяти певним чином.

Правильна ж формула наступна А___В_____С (намалюйте це клієнту). В – означає переконання, установки, наші уявлення про ситуацію, образи. Сприйняття, інтерпретації і висновки, які ми робимо відносно А. Після цього дайте клієнту наступні завдання.

1. У наведених прикладах описані ситуації АВС, але у всіх відсутня В. Вам треба відгадати, які думки В слід вставити, щоб розв'язавти ситуацію А і емоції С. Визначте у кожному випадку А і С. Впишіть В.

2. Наведіть 5 прикладів зі свого життя, у яких наші думки В викликали хворобливі емоції. Опишіть їх термінами АВС.

Вправа 2. Кращі приклади з минулого клієнта

Мета: показати клієнту важливість способу мислення.

Інструкція: зазвичай, клієнт уже має уявлення про своє власне життя. Корисно буде нагадати йому про те, що він був колись сильно струбований, схвильований чи засмучений, але що більше немає над ним влади – те, що він зміг подолати. Попросіть його зосередитися на події і визначити А і С. Нехай він описує ситуацію, поки вона не проясниться у його свідомості, а потім попросіть встановити В. Що він говорив собі, коли був такий засмучений? Дайте йому сконцентруватися на тому, у чому він переконаний сьогодні. Те про що він говорить собі зараз чи вірив раніше.

Вправа 3. Якщо зміниться В, то зміниться С

Мета: показати клієнту важливість способу мислення, установок, переконань.

Інструкція: наведіть клієнту кілька прикладів АВ. Візьміть у якості константи ситуацію А, в якості змінної – внутрішній діалог. Попросіть його визначити емоції, які будуть викликати різні думки (В). Проаналізуйте різні варіанти реагування (С) на одну і ту ж подію (А). Кращі приклади – ті, які створює сам клієнт. Їх перевага у тому, що вони є особисто значущими, тому володіють внутрішньо властивою їм силою переконання. Слід спонукати клієнта думати, як у його власних прикладах В викликають С.

А _____

В _____
С _____

Вправа 4. Виявлення очікувань

Мета: допомогти клієнту усвідомити власні очікування стосовно головних ситуацій та їх реалістичність.

Інструкція: окремі В з'являються після того, як стається А. Частіше за все, це глобальна філософія, чи погляд на світ, який обумовлює те, яким чином клієнти зустрічають подію. Це можна позначити такою формулою: В-А-Се-Сп,- де А – активізуюча подіяч и стимул, В – когніції, переконання, очікування. Се – емоційна реакція, те, що ми відчуваємо, Сп – поведінкова реакція – те, що ми робимо.

Очікування – те, що клієнти хочуть від себе, інших, від світу у цілому. Це їх власні погляди на те, як вони повинні поводити себе, критерії, якими вони користуються, щоб вирішити, чи були успішними, чи ні. У клієнтів можуть бути занижені чи завищені очікування стосовно себе, інших чи світу. Коли вони потребують досягнення бажаного, то очікування стають вимогами. Часто нереалізовані очікування стають єдиною причиною емоційних проблем.

Попросіть клієнта зосередитися на проблемній ситуації і продовжувати уявляти її до тих пір, поки він не буде відчувати її досить чітко.

Попросіть його визначити найкраще завершення у даній ситуації і відзначити свою відповідь за десятибальною шкалою. Крайні помітки на шкалі відповідають найкращій і найгіршій події, які могли статись з ним у житті. Наприклад, отримання Нобелівської премії (10), може бути призупинене захворювання раку на останній стадії (0).

(0) – найгірша подія у житті (5) найкраща подія у житті (10).

Нехай Ваш клієнт уявить найкращу і найгіршу можливі розв'язки у конкретній ситуації і відмітить їх значення на шкалі.

(0)– найгірша розв'язка (5), найкраща розв'язка (10).

Нехай клієнт вирішить, де буде перебувати точка ППД (просто, достатньо, прийнято). Поясніть, що ППД – це та розв'язка, яку ви вважали б просто досить прийнятною – мінімум, необхідний для вас, щоб сприймати подію досить

позитивною. – найгірша розв'язка (5) ПДП Х(10) найкраща розв'язка.

Нарешті, попросіть клієнта заповнити декілька шкал для інших проблемних ситуацій, дотримуючись тієї ж процедури. Ці шкали допомагають виявити різні аспекти невидимих очікувань клієнта, які очікування, вимоги до себе та інших наявні у нього.

Вправа 5. Визначення самоефективності

Мета: допомогти клієнту усвідомити власні очікування і можливості стосовно певних ситуацій.

Інструкція: зробіть так, щоб ваш клієнт розслабився і зосередився на певній проблемній ситуації (АС). Попросіть його передбачити свою здатність успішно з нею впоратися і проставте це значення на шкалі. (0) – мало шансів на успіх Х(5), Х(10) – багато шансів на успіх. Пройдіться кількома різними ситуаціями, щоб встановити, як клієнт розуміє свою самоефективність. Занижена вона чи завищена.

Вправа 6. Визначення уваги

Мета: допомогти клієнту навчитися змінювати свою точку зору на різні проблеми.

Інструкція: дайте клієнту завдання створити подумки картинку з того, що його турбує. Якщо він зможе, нехай зробить схему ключових компонентів. Потім запропонуйте йому уявити ще одну картинку, але сфокусуватися на інших ключових компонентах. Це буде важко, тому що до нього буде постійно повертатися первинний образ. Надихніть його на те, щоб він продовжував практикуватися. Ця методика добре допомагає навчитись і у реальному житті змінювати свою точку зору на різні проблеми.

Вправа 7. Пояснення проблеми

Мета: допомогти клієнту знайти альтернативне пояснення своїх проблем.

Інструкція: нехай ваш клієнт складе список своїх центральних проблем. Наприклад, «У мене неприємності у взаєминах», допоможіть йому вирішити, скільки з цих проблем є довготривалими і навряд чи зміняться. Наприклад, «Я буду завжди псувати стосунки» чи «Я відчуваю труднощі прямо зараз». Як багато глобальних проблем у порівнянні з частковими? Наприклад, «У мене ні з ким не може бути хороших взаємин» чи

«У мене неприємності з Олегом». Чи впевнений Ваш клієнт у тому, що сам викликав свої проблеми, чи думає, що якісь зовнішні сили створили їх. Наприклад, «Щось не так, якщо у мене є проблеми у спілкуванні» чи «Мені не щастить у взаєминах». Допоможіть клієнту знайти альтернативні пояснення. Якщо він оцінив свої проблеми як внутрішні і постійні, перетворіть їх у зовнішні і тимчасові. Проробіть те саме, якщо клієнт оцінив проблеми як зовнішні і перехідні. Відзначте, як зміняться відчуття клієнта, які емоції у нього виникнуть.

Робота з листами

Використовується у роботі з почуттям самотності, допомагає клієнту приймати і виражати значущі для нього почуття і думки.

Вправа 1. Про що я до цих пір мовчав

Мета: допомогти клієнту чітко побачити і заново продумати ті бажання і претензії, які до цих пір виражались лише непрямим чином.

Інструкція: як часто ми чинимо у відповідності з девізом: «Слово – срібло, мовчання – золото!». Іноді ця стратегія буває ефективною, а іноді є кроком, який може зруйнувати стосунки. Оберіть стосунки, які ви цінуєте і хочете бачити різноманітними і насиченими. Хто виступає у цих стосунках вашим партнером: ваш чоловік, дружина, діти, колега, друг, хтось ще? Чи можете Ви повідомити цій людині щось таке, що до цих пір залишалось невисловленим? Нерідко ваше мовчання є, по суті, спробою бути тактовним і делікатним. Однак у житті цінується ще і спонтанність, відкритість, чесність. Чи можете ви зараз спромогтися написати комусь із значущих для вас людей листа, у якому повідомите щось таке, що до цих пір з якихось причин залишалось невисловленим. Для цього у вас є 20 хвилин.

Вправа 2. Лист, якого ти ніколи не отримаєш

Мета: дати клієнту можливість виплеснути гнів, агресію, усвідомити пов'язані з цими емоціями думки, бажання, фантазії.

Інструкція: пам'ятаємо, що гнів, як правило, супроводжуються почуттям безсилля і безпорадності, а саме вони приводять до нерозумних дій. При цьому деякі люди можуть

сприймати поведінку людини, яка перебуває у гніві, доброзичливо, спокійно і з розумом. На жаль, навіть найближчі і значущі для нас люди не в змозі зробити це. Однак, у переживанні сильних негативних емоцій є свій сенс: вони пробуджують у нас рішучість позбутися складної ситуації, з якою ми зіткнулись, вирішити складну проблему, витягнути з усього цього якийсь позитивний досвід. Але для цього нам треба зосередитися і проаналізувати те, що відбувається. Пропонуємо вам зробити це.

Пригадайте когось, на кого ви злились колись, чи на кого сердитесь зараз. Напишіть цій людині листа, усвідомлюючи при цьому, що вона ніколи не прочитає, і те, що ви зараз пишете, завжди залишаться вашою таємницею (цим листом клієнт не лише полегшить свою душу, а й набуде нового бачення ситуації, можливо зуміє інакше подивитися на взаємини з тією людиною і змінити їх). На цю вправу відводиться півгодини.

Вправа 3. Історія в листах

Мета: впорядкування і структурування автобіографічного матеріалу, допомога клієнту в осмисленні важливих моментів у житті, проясненні передумов різних життєвих поворотів, рішень, криз, в усвідомленні їх сенсу.

Інструкція: розкажіть у декількох листах про своє життя або запишіть такий епізод вашого життя, до якого ви любите подумки повертатися. При цьому листи можна писати від особи різних авторів, звертаючись до різних адресатів, наприклад, до батька чи матері, дитини, кращого друга, керівника, підлеглого. Для цього у вас є година.

5.4. Методика вирішення психосоматичних проблем людини похилого віку

Для вирішення психосоматичних проблем людей похилого віку з ними можна проводити наступні вправи.

Вправа 1. Визначення вторинної користі хвороби

Мета: допомогти усвідомити клієнту, що причиною його хвороби можуть бути ті переваги, які вона дає.

Інструкція: візьміть аркуш паперу і перелічіть 5 головних переваг, які вам дала найсерйозніша з усіх ваших хвороб. Перегляньте складений Вами список і подумайте, які потреби

лежать в основі переваг, які надає вам ваша хвороба: послаблення стресу, любов, увага, можливість вивільнити свою енергію. Потім спробуйте визначити ті правила і уявлення (переконання, фіксовані дії), які заважають Вам задовольнити ці потреби, не беручи до уваги хворобу.

Вправа 2. Список того, що я терплю

Мета: допомогти клієнту усвідомити зв'язок своєї хвороби з його життєвою ситуацією.

Інструкція: напишіть усе те, що вам доводиться терпіти у житті,- дощ чи сонце за вікном, прохолодне приміщення, зріст партнера у шлюбі, відсутність грошей, власні лінощі, чоловіка – алкоголіка, погану владу, пожежу в Африці. Усе написане вами залишиться у вас. Коли список складений, на цьому ж або на іншому аркуші паперу розділити усе написане на дві частини, які можуть бути рівними (або нерівними) і мають заголовки.

Це я терплю і буду терпіти, тому що...

Це я терплю, але не хочу терпіти, тому що....

При розділенні списку проговорюйте про себе фразу із заголовку і завершуйте її обґрунтуванням для кожного з пунктів.

Далі працюємо з другим списком, його теж треба розділити на частини

1. Це я терплю, але не хочу терпіти і знаю як змінити...

2. Це я терплю, але не хочу терпіти, однак не знаю, що робити.

Робота закінчується аналізом змісту останнього списку. Клієнту слід задати такі питання: Яким чином ваше захворювання допомагає вам терпіти те, що ви не хочете терпіти і не знаєте як це змінити? Чому ви обрали саме це захворювання – від кого навчились?»

Вправа 3. Історія вашої хвороби

Мета: допомогти клієнту з'ясувати психологічні причини та переваги його хвороби.

Інструкція: згадайте події, які відбувалися з вами безпосередньо перед виникненням захворювання. Скоріше за все, цей період життя був дуже складним і для того, що подолати ці труднощі, вам чогось не вистачало – або власних сил і часу, або допомоги оточуючих, або ще чогось дуже важливого. Тепер уявіть, що хвороба виявилася для вас благом, яке дозволило вам

на загальних підставах якось подолати неприємну ситуацію. То ж у чому полягали переваги, які давала Вам ваша хвороба?

Визначте у вашому минулому 3-6 випадків, коли у вас виникла періодично повторювальна «гостра» хвороба чи відбувалося загострення хронічного захворювання. Тепер, починаючи із першого випадку, приступайте до заповнення наступної таблиці. Відповіді повинні бути поширеними реченнями.

Таблиця 5.1

Історія вашої хвороби

Запитання	Випадки повернення чи загострення хвороби (вкажіть дати періодів)		
1. Що передувало виникненню цього випадку хвороби? Що вас до нього підвело? Що стало «останньою соломинкою»?			
2. Що ви робили під час цієї хвороби? Як лікувались? Як відпочивали? Від чого відходили і до чого прагнули?			
3. Чого ви навчились від цієї хвороби? Що для себе визначили? Які висновки зробили?			
4. У чому була цінність того, що ви навчились? У чому полягала цінність отриманого досвіду і зроблених висновків?			

Вправа 4. Визначення смислів і переваг хвороби

Мета: допомогти клієнту усвідомити психологічні аспекти його хвороби.

Інструкція: спробуйте самотійно і максимально відверто відповісти на запитання про вашу хворобу:

- Що хвороба означає для вас?
- Що для вас означає позбутись хвороби?
- Як хвороба допомагає вам, які переваги і компенсації ви отримуєте від хвороби?
- Яким чином Вам хвороба дає більше сили і впевненості?

- Як хвороба допомагає вам відчувати себе у безпеці?
- Чого хвороба допомагає уникнути?
- Яким чином хвороба дає вам отримувати більше уваги і любові?
- Які почуття допомагає висловити Вам хвороба?
- Яким Ви були до того, як з'явилася хвороба?
- Що станеться після того, як не буде хвороби?
- Після того, як хвороба зникне, яким буде ваше життя?
- У кого ще була ваша хвороба чи є зараз?

Вправа 5. Розблокування видужування

Мета: допомогти клієнту усвідомити психологічні аспекти його видужування

Інструкція: задайте собі наступні запитання і дайте відповідь на них:

- Можливо я стримую своє видужування?
- Чи є якісь перешкоди до мого одужання?
- Які ресурси у мене є для одужання?
- Які спроби я роблю для одужання?
- Чи бували у мене якісь невдачі з видужанням?
- Які можуть бути наслідки мого одужання?
- Чи робить хтось оцінки з приводу мого одужання?
- Чи є у мене заборони з приводу мого одужання?
- Чи є у мене зобов'язання з приводу мого одужання?
- Чи є у мене нестримні бажання щодо одужання?
- Можливо, у мене нав'язливі думки з приводу мого одужання?
- Чи роблю я якісь помилки щодо свого одужання?
- Можливо я неправильно розумію моє одужання?
- Чи не забув я чогось про моє одужання?
- Чи заперчую я проти чогось у моєму одужанні?
- Які уроки я беру з процесу свого одужання?
- Чи є у мене якісь переконання з приводу мого одужання.

Вправа 6. Зміна способу життя

Мета: зосередити увагу клієнта на позитивних аспектах його життя та допомогти усвідомлювати, що він може змінювати його.

Інструкція: дайте відповідь на наведе нижче запитання:

- Що означає для мене моє життя зараз?

- Що воно могло б означати?
- Що моє життя означає для інших зараз?
- Що воно могло б означати для інших?
- Що є для мене дійсно важливим?
- У чому пріоритети моїх цінностей?

Наскільки відображає мій сьогоднішній спосіб життя цінності, які для мене важливі?

-Які три дії я можу зробити, щоб змінити своє життя на краще?

-Що ще я зроблю, щоб покращити своє життя?

-Що дозволяє мені відчувати себе щасливим?

-Які три дії я можу зробити, щоб у моєму житті було більше сенсу?

-Які три дії я можу здійснити, щоб моєму житті стало більше того, що регулярно приносить мені задоволення?

Наведені нами методики є неповним арсеналом інструментарію соціального педагога і практичного психолога для роботи з клієнтами похилого віку, вони можуть бути доповнені техніками різних напрямів психологічного консультування. При цьому, за словами І.Г. Малкіною –Пих, найменш ефективні у роботі з людьми похилого віку глибинно- психологічні методи психотерапії.

5.5. Реабілітація людей після перенесення психологічних травм

Термін «реабілітація» (походить від лат. *rehabilitatio* — поновлення). У роботі з людьми похилого віку це комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності з обмеженими фізичними й психічними можливостями внаслідок перенесених травм та захворювань. Мова йде не про повернення до активної діяльності, а про можливість людини похилого віку жити у сім'ї або у будинку для перестарілих загального типу або у спеціалізованому будинку для інвалідів.

Суттєвим завданням реабілітації є відновлення навичок і здатності до самообслуговування, догляду за собою, дотримання правил збалансованого догляду і харчування.

Принципи соціальної реабілітації: етапність, диференційованість, комплексність, наступність, послідовність, безперервність у вжитті реабілітаційних заходів, безкоштовність для найбільш нужденних (інвалідів, пенсіонерів, біженців та ін.).

Основними формами реабілітаційної психосоціальної роботи з людьми похилого віку є групова та індивідуальна.

Основними завданнями групової роботи визначимо:

- допомога членам групи створити систему взаємодопомоги;
- урахування у процесі роботи характеру і змісту групових процесів, використання їх для досягнення цілей групи, допомога в цьому кожному члену групи;
- посилення здатності членів групи діяти незалежно;
- допомога кожній особистості усвідомити свою спільність з іншими в момент припинення діяльності групи.

У своєму розвитку група проходить декілька стадій. На першому етапі («орієнтування – включення») члени групи знайомляться, затверджується склад групи і приймаються групові цілі. Другий етап пов'язується із незадоволеністю і суперництвом. Третя стадія – етап продуктивної спільної роботи, інтеграція. Четверта стадія – припинення роботи групи, її ліквідування.

Виділяються такі типи груп:

- групи, які створюються спеціально для роботи з їх членами для вирішення внутрішньогрупових проблем (внутрішньо спрямовані); вони в свою чергу поділяються на два типи: 1) групи, спрямовані на соціалізацію особистості; 2) групи, мета яких — виправлення відхилень, які виникають під час попереднього розвитку (групи ресоціалізації);
- групи, які створюються для досягнення будь-яких зовнішніх щодо групи цілей. Кожен з цих типів, у свою чергу, диференціюється залежно від завдань і мети діяльності.

Якщо є можливість, то стара людина має працювати в групі посилено. Якщо їй важко пересуватися, то варто поєднувати догляд з терапією, і постійним доглядом. Клінічний досвід засвідчує, що дозовані, регулярні заняття, лікування і навчання дозволяють у ряді випадків сформулювати компенсаторні

механізми. Навіть найменший успіх варто трактувати як значні досягнення.

Особливо загострюється проблема реабілітації літньої людини зневагою і насильством над нею, яке чиниться членами їхньої родини.

Насильство над цими людьми можна визначити як активні дії інших членів сім'ї, родичів, опікунів, що призводить до виникнення в осіб старшого віку фізичних, психічних травм або економічних витрат. Можна вважати насильством і небажання здійснювати належний догляд тими, хто має це робити, за наявності всіх необхідних ресурсів.

Виділяють такі види насильства щодо літніх людей: фізичне насильство, воно полягає у завданні фізичного болю, тілесних ушкоджень чи навіть убивство, насильницьке спонукання до певних дій. Психічне насильство має вияв погроз, сварок. Економічне насильство полягає у відбиранні майна, грошей.

Для розв'язання проблеми насильства необхідно створювати консультаційні служби, де можна було б зняти емоційну напругу; треба налагодити роботу соціальних служб з тим, щоб вони надавали підтримку сім'ї та активізували її опікунську роль. Ці служби покликані: поставляти домашніх доглядальниць, помічників по нагляду за здоров'ям членів сім'ї, постачальників продуктів, організовувати відвідання хворих людей, забезпечувати при потребі денний і нічний догляд за ними, надавати допомогу при транспортуванні літньої людини. Особливо важлива тут координаційна роль соціального працівника щодо діяльності органів охорони здоров'я, невідкладної допомоги, міліції, юридичних служб, громадських установ харчування.

Із поняттям «реабілітація» людей похилого віку після перенесення психологічних травм пов'язане поняття «соціальна адаптація». Соціальна адаптація це взаємозумовлений процес пристосування індивіда до соціального середовища і пристосування суспільства до потреб особистості через їх задоволення. Відповідність між рівнем соціальних потреб і рівнем їх задоволення визначає рівень соціальної адаптації.

Розглядають такі компоненти соціальної адаптації людей похилого віку: соціально-побутова, економічна, комунікативна, регулятивна і самореалізація.

Соціально-побутова адаптація передбачає пристосування людини похилого віку до нових умов життя, побуту, що передбачає поліпшення його становища, психологічного самопочуття, узгодженість із намірами, інтересами, уподобаннями. Особливо це стосується осіб, які проходять реабілітацію у спеціалізованих закладах, відірвані від сім'ї і звичайного способу життя.

Економічна адаптація людей похилого віку після перенесення психологічних травм здійснюється зазвичай в нових соціально-економічних умовах життя і стосується всіх цільових груп населення. У такому випадку держава законодавчо регулює її механізми на різних рівнях соціального захисту населення через надання пільг, субсидій, допомог тощо. У більш вузькому розумінні слова соціальна адаптація здійснюється в умовах безробіття шляхом працевлаштування, перекваліфікації чи підвищення кваліфікації, а також надання допомоги з безробіття, соціально-психологічної підтримки і допомоги. Економічна адаптація залежить від задоволення фізіологічних потреб людей (якісне харчування, одяг тощо).

Комунікативна адаптація зумовлює пристосування людини похилого віку до нових взаємозв'язків і взаємовідносин, розвиток соціальних навичок і умінь, соціальної компетенції. Особливо це стосується позитивної адаптації осіб з адиктивною поведінкою, клієнтів, які зазнали посттравматичного стресу, пережили екзистенційні проблеми тощо. Комунікативна адаптація виявляється ефективною тільки в умовах включення індивіда в нормальне соціальне середовище зі збереженням власної індивідуальності та унікальності. Люди, які зазнали інвалідності, потребують прийняття свого стану і формування активної життєвої позиції, орієнтації на власні збережені можливості й потенціал. Соціальна адаптація необхідна при введенні людини в різні сфери суспільних взаємовідносин, розширенні чисельності контактів, формуванні диференційованої поведінки відповідно до її потреб і особливостей психічного стану.

Регулятивна адаптація людей похилого віку пов'язана з життєвими циклами людини, переходом від одного віку до іншого, перебігом різних життєвих подій і змін, що потребують формування нових якостей характеру, рис особистості та вимог до суспільства, яке має забезпечувати гідне існування громадян. Особливо важливою соціальною адаптацією виявляється для статево-рольових взаємовідносин і взаємостосунків на різних вікових стадіях життя людини. Регулятивна адаптація пов'язана із задоволенням потреб у безпеці й повазі.

Важливим питанням соціальної допомоги людям похилого віку є питання профілактики емоційного вигорання працівників, що надають послуги людям похилого віку. Ця проблема була предметом обговорення вітчизняних і зарубіжних вчених: В. Бойко, Н. Водоп'янової, Б. Перлман, К. Маслач, С. Джексон, Л. Карамушкою, Е. Хартман, А. Серебрякової, Х. Фрейденбергер, та ін. Вперше термін «емоційне вигорання» запроваджено у науковий обіг Х. Фреденбергером в 1974 році. Цим поняттям вчений описав психологічний стан здорових людей, які тривалий час перебували в емоційно напруженому середовищі, та в спілкуванні з клієнтами, яким надавали професійну допомогу.

Емоційне вигорання соціального працівника можна розпізнати за фізичними (задишка, важке дихання, швидка втомлюваність, виразки і запалення на шкірі, безсоння, болі в області серця); емоційними (песимізм, цинізм, черствість, депресія, перебільшення своєї ролі у житті інших людей); інтелектуальні (зниження інтересу до нових знань, формалізм у виконанні роботи, відсутність ініціативи); поведінкові (байдужість до ліків, надмірна автоматична працездатність, травматизм); соціальні (відсутність інтересу до соціальних розваг, обмеження соціальних контактів робочим місцем, непорозуміння з колегами, почуття відсутності емоційної підтримки з боку сім'ї).

Початок синдрому професійного вигорання у хронічному повсякденному перенавантаженні, емоційній перевтомі через особистісно-значущі ситуації спілкування з іншими людьми. Тобто мають місце ознаки довготривалої стресової ситуації, що зумовлена процесом спілкування. Тобто відбувається своєрідна професійна деформація фахівця під впливом стресів, що відбуваються на роботі. Учені схиляються до думки про те, що

емоційне вигорання найчастіше зачіпає особистісний, організаційний та рольовий фактори. Для профілактики синдрому емоційного вигорання доцільно використовувати різні прийоми, що сприятимуть емоційному розвантаженню соціального працівника. Серед них помітне місце належить навчанню. Новим комунікативним способам взаємодії; конструктивним моделям поведінки; реабілітація осіб з професійним вигоранням; формування у соціального працівника вмінь і навичок саморегуляції, уникнення недоцільної конкуренції, позитивне спілкування, чергування розумової та емоційної праці, емоційні заохочення (підвищення заробітної плати, премії), полегшення праці соціального працівника через включення у виробничий процес технічних засобів; практикування робочих пауз, складання режиму роботи і відпочинку; навчання конструктивним навичкам взаємодії з клієнтами. Ці та інші методики сприятимуть професійній придатності соціального працівника.

5.6. Перспективи роботи з людьми похилого віку в Україні

Сьогодні іде розробка проектів, які:

- спрямовані на медичну і соціальну допомогу літнім людям, які належать до груп підвищеного ризику.
- Передбачають надання допомоги вдома.
- Націлені на підвищення рівня кваліфікації персоналу служб, а також членів сімей родичів, котрі здійснюють догляд за людьми похилого віку.
- Передбачають створення і розвиток волонтерських програм у сфері надання соціальної, юридичної, інформаційної допомоги людям похилого віку.
- Розроблені з урахуванням партнерських стосунків з місцевими владними структурами, стимулюють практику соціального замовлення на місцях.

Потрібно наголосити на активному інтересі соціальних служб до організації навчання родичів літніх людей, які доглядають за ними, до їхньої санітарно-гігієнічної просвіти, вироблення вмінь і навичок надання першої допомоги, психолого-емоційного розвантаження. До програм підготовки

родичів, знайомих, спеціалістів соціальних служб, котрі працюють з літніми людьми входить і знайомство з секретами народної медицини, фітотерапії, лікувального харчування літніх людей.

Дуже широкий спектр соціальної роботи з літніми сім'ями стосується підвищення освітнього інформаційного рівня їхніх членів. У деяких літніх людей відкривається друге дихання і вони прагнуть підвищити свою освіту у найменш очікуваних сферах: живопис, музика, спів, подорожі, екскурсії, бібліотеки.

Перспективним спрямуванням соціальної роботи з літніми людьми є організація для них клубів, громадських об'єднань ветеранів. Сфера інтересів членів літніх сімей дуже широка: це фізична культура і здоровий спосіб життя, оздоровлення, мистецтво, технічна творчість, народні промисли. Важливо створити умови, зокрема у хоспісах, лікарнях, за яких можна проводити релігійні обряди, отримувати літературу, відвідувати церкву, запрошувати священників.

Триває розвиток національних стратегій і програм в інтересах людей похилого віку, співробітництво між державними і недержавними організаціями щодо первинної медико-санітарної допомоги, пропаганди здорового способу життя, реалізації програм самодопомоги, підготовки всього населення до життя у похилому віці.

На міжнародному рівні прийнята низка документів, що регулюють основні юридичні та правові питання становища літніх людей.

Відповідно до документів та рекомендацій ВООЗ розроблена «Концепція державної системи геріатричної допомоги населенню». У ній визначено пріоритетні напрями розвитку системи геріатричної допомоги населенню, і саме, психіатрична допомога. За прогнозами потреба у ній буде зростати. Люди похилого віку з психопатією повинні лікуватися в геріатричних відділеннях лікарень загального типу, денних психореалібітаційних стаціонарних службах медичної допомоги. Програма їх лікування повинна спрямовуватися на гальмування темпів інвалідизації, тренування пам'яті та основ самообслуговування.

У системі заходів для медико-соціальної допомоги літнім визначене місце, на думку фахівців, займає і самодопомога. В поняття самодопомога ВООЗ включає заходи, спрямовані на активізацію особистості, родини, на покращення і підтримку здоров'я, попередження й обмеження захворювань. Ієрархія видів допомоги наступна - у основі самодопомога, потім первинна допомога, далі - вторинна і третинна.

Запитання до теми?

1. Які завдання соціальної психологічної роботи з людьми похилого віку?

2. Які психологічні техніки можна використати у роботі з людьми похилого віку?

3. Які заходи передбачає реабілітація людини похилого віку після перенесення хвороби?

4. Що таке арттерапія? Які методики арттерапії можна використати у роботі з людьми похилого віку?

5. Вкажіть перспективні напрями роботи з людиною похилого віку.

6. Які методики Ви використовували у роботі з людьми похилого віку. Опишіть отримані результати.

7. Які результати передбачає такий прийом який називається «ведення психологічного щоденника»

8. Підготуйте повідомлення на тему «Гіпноз у роботі з людьми похилого віку»

9. Заповніть таблицю:

Психотерапевтична методика	Можливості використання у роботі з людьми похилого віку
----------------------------	---

10. Використовуючи метод арттерапії проведіть психотерапевтичний сеанс з людиною похилого віку.

ДОДАТКИ

ПРОГРАМА КУРСУ «Соціальна геронтологія» (Доц.Ковальчук І.В).

Зусилля суспільства повинні бути спрямовані на надання літнім людям додаткових можливостей подальшого розвитку у старому віці та створення їм сприятливих умов для реалізації особистісного потенціалу. З цією метою є необхідність ознайомлення громадян з геронтологічними знаннями. Це сприятиме створенню комфортного життєвого простору для людей похилого віку, зменшить протистояння між поколіннями у родині. Запропонована програма може бути використана як у роботі зі студентами так і у навчанні членів родини стареньких людей, а також для навчання самих людей похилого віку.

Мета викладання дисципліни – опанування слухачами знаннями про психічні і фізіологічні особливості людини літнього віку, поняттями соціальної геронтології як науки, специфікою соціальної та медичної допомоги людям похилого віку, вимогами до роботи соціального працівника з людиною похилого віку, принципами організації дозвілля та соціального захисту людей похилого віку. Виробити на цій основі вміння та навички практичної роботи з людьми похилого віку.

Поставлена мета реалізується у процесі вивчення наступних тем:

Тема 1: Предмет соціальної геронтології. Завдання курсу

План

1. Сутність та історія становлення соціальної геронтології як цілісної системи.
2. Мета і завдання соціальної геронтології.
3. Умови, що забезпечують ефективність методів соціальної геронтології.

Питання для обговорення:

1. У чому суть соціальної геронтології?
2. Які категорії курсу соціальна геронтологія Вам відомі?
3. Чому соціальну геронтологію вважаємо цілісною системою?

4. Які завдання соціальної геронтології найбільш повно відображають потреби сьогодення.

5. Схематично зобразіть зв'язок завдань і умов ефективності соціальної геронтології.

Тема 2: Геронтологія як наука про людей похилого віку

План

1. Історія геронтології як науки про людей похилого віку.
2. Принципи геронтології.
3. Вчення І. Мечнікова в геронтології.

Питання для обговорення:

1. Чому виникла потреба у геронтології як науці?
2. Які праці з геронтології Ви прочитали?
3. У чому суть праць І. Мечнікова?

Тема 3: Біологічні механізми розвитку старіння

План

1. Дихальна система у людей похилого віку.
2. Вікові зміни у системі крові.
3. Особливості системи зору у людини похилого віку.
4. Розвиток з'єднувальної тканини у старості.
5. Нервова система людини похилого віку.

Проблемні завдання:

1. Зобразіть у кольорі дихальну систему людини похилого віку.
2. Назвіть відомі Вам хвороби зору людини похилого віку.
3. Чому відбуваються зміни у системі крові людини похилого віку?

Тема 4: Екологічні і соціологічні аспекти старіння

План

1. Вплив екології на старіння населення.
2. Вирішення урядом проблем екології на Україні.
3. Соціальні проблеми як фактор загострення проблем старості.

Проблемні завдання:

1. Етнопедagogіка як основа формування екології душі людини.
2. Написати план усунення соціальної проблеми (за вибором).

3. Обґрунтуйте чому екологія впливає на розвиток старості.

Тема 5: Експериментальні моделі продовження тривалості життя

План

1. Біологічні і математичні моделі продовження життя.
2. Вплив дієти на тривалість життя.
3. Значення рухової активності для тривалості життя.
4. Роль біологічно активних речовин у тривалості життя людини.

Проблемні завдання:

1. Чому рухова активність впливає на тривалість життя?
2. Яка дієта рекомендована старим людям і чому?

Тема 6: Напрями соціальної геронтології в Україні

План

1. Обслуговування вдома.
2. Напівстаціонарне обслуговування.
3. Термінове соціальне обслуговування.
4. Соціально- консультативне обслуговування, зорієнтоване на психологічну підтримку.
5. Соціальне обслуговування.

Проблемні завдання:

1. У чому специфіка соціальної роботи з обслуговування вдома людини похилого віку?
2. Переваги соціально-консультативного обслуговування над соціальним обслуговуванням?
3. Перегляд фільму про особливості роботи соціального працівника і людини похилого віку.

Тема 7: Становище людини похилого віку в сім'ї

План

1. Характеристика типів сім'ї, які доглядають людину похилого віку.
2. Життєво необхідні умови для проживання людини похилого віку в сім'ї.
3. Значення спілкування рідних з людиною похилого віку.

Проблемні завдання:

1. Які оптимальні способи взаємодії членів родини де є людина похилого віку?

2. Опишіть умови необхідні для заняття людини похилого віку на присадибній ділянці?

3. Зобразіть малюнково організацію дозвілля людини похилого віку.

Тема 8: Досвід роботи з людиною похилого віку у розвинених європейських країнах

План

1. Соціальна робота з літніми людьми в Росії.

2. Особливості соціальної роботи з людиною похилого віку у США.

3. Організація соціальної роботи з людиною похилого віку у Німеччині.

4. Заходи соціальної роботи у Швейцарії.

Проблемні завдання

Міні прес-конференція «Поділимося досвідом» (за доповідями слухачів).

Тема 9: Пенсіонери у структурі населення нашої країни

План

1. Оформлення документів про пенсію. Категорії пенсіонерів.

2. Права і пільги пенсіонерів.

3. Особливості нарахування пенсії.

Проблемні завдання

Описати можливі форми адаптації пенсіонерів до життя.

Зміст практичних занять

Тема 1: Психолого- педагогічна характеристика людини похилого віку

План

1. Розвиток нервової системи.

2. Стан психічних процесів.

3. Психічні стани людини похилого віку.

4. Психічні властивості людини похилого віку.

5. Вплив психологічного стану сім'ї на психічне здоров'я людини похилого віку.

Проблемні завдання:

Схарактеризуйте перебіг психічних процесів у людини похилого віку.

Наведіть приклади позитивного і негативного впливу сім'ї на психічне здоров'я людини похилого віку.

Хід практичного

Практичне заняття планується за можливості провести на базі геріатричного пансіонату чи лікарні, яка обслуговує людей похилого віку.

Слухачам заздалегідь пропонують познайомитися з теорією проблеми. Підготувати самостійно 2-3 питання з проблеми і записати їх до зошита для того, щоб організувати дискусію із спеціалістом центру або лікарні.

Варто продемонструвати різні типи людей похилого віку для з'ясування різниці у психічному розвитку кожного типу. За бажанням слухачі спілкуються з кожною особистістю похилого віку про її життєвий шлях. Після бесіди акцентувати увагу слухачів як ті чи інші події вплинули на сучасний фізіологічний стан людини похилого віку.

Тема 2: Теорії старіння і смерті

План

1. Старість як недостатність у кровотворенні.
2. З'єднувальна тканина в старечому біоморфозі.
3. Ендокринні теорії старості.
4. Нервова теорія старості.
5. Старість і вчення про клітину.
6. Молекулярний і хімічний аспекти в проблемі старіння.
7. Теорія гіпоксії.

Питання для обговорення:

1. Яка з теорій старіння і смерті є правильною?
2. Чому в геріатрії стільки теорій старіння?
3. Як можна продовжити життя людини похилого віку?

Хід заняття

Пропонується обговорити запитання семінару. Прослухати реферати з цієї проблеми. Провести дискусію з питань запропонованих для обговорення. Для дискусії сліхачів розділити на 4 групи: медики, соціальні працівники, фізкультурники, ті, що просто цікавляться проблемою. Вибір групи студентом здійснюється самостійно.

Тема 3: Хвороби літніх людей

План

1. Хвороби крові.
2. Хвороби серця.
3. Хвороби легень.
4. Хвороби шлунку.
5. Захворювання нервової системи людини похилого віку.

Проблемні запитання:

1. Обґрунтуйте шляхи профілактики хвороб літніх людей.
2. Особливості лікування хвороб у літніх людей.

Хід заняття

За можливості слухачі вдома готують запитання семінару. На занятті відвідують лікарню де вивчають на практиці хвороби людей похилого віку і споглядають медичну допомогу людям похилого віку. Намагаються з'ясувати яка роль соціального працівника у роботі з хворими людьми.

Тема 4: Діагностика і лікування людей похилого віку

План

1. Особливості діагностики людини похилого віку.
2. Лікування стаціонарне людини похилого віку.
3. Домашнє лікування людини похилого віку.
4. Обстеження людини похилого віку.

Проблемні завдання:

1. Які проблеми виникають при діагностуванні людини похилого віку
2. Які види домашнього лікування Ви знаєте?

Хід заняття

Практичне проводиться на базі центру «Турбота». Присутні спочатку спостерігають, а потім самі намагаються включитися до роботи працівників центру. Робота не завершується лише одним семінаром. Волонтери можуть надавати допомогу цілорічно.

Тема 5: Психологічні питання лікувальної практики людей похилого віку

План

1. Особливості контактної взаємодії соціального працівника, медичної сестри з людиною похилого віку.
2. Медико- санітарна підтримка людини похилого віку у вирішенні питань лікування.

3. Адаптація людини похилого віку до лікарняних умов.
4. Особливості відвідування людини похилого віку у лікарні.
5. Психологічне розвантаження лікаря, соціального працівника, що працює з людиною похилого віку.
6. Післялікарняна адаптація людини похилого віку.

Проблемні завдання:

Опишіть три ситуації, які є типовими у соціальній роботі з людьми похилого віку.

Хід заняття

Слухачі вдома опановують запитання семінару. Відвідують центр роботи з людьми похилого віку, допомагають спеціалістам центру.

Тема 6: Роль медичної сестри в лікувально-реабілітаційній роботі з людьми похилого віку

План

1. Обов'язки медичної сестри з догляду людини похилого віку.
2. Санітарні умови необхідні для людини похилого віку.
3. Особливості прийому ліків людиною похилого віку.
4. Роль і місце соціального працівника в допомозі з догляду за людиною похилого віку.

Проблемні завдання:

1. Складіть графік харчування та раціон їжі людини похилого віку на 2-3 дні.
2. Запропонуйте розклад прибирання приміщення людини похилого віку.
3. Складіть та обґрунтуйте план вашої роботи у допомозі по догляду за людиною похилого віку.

Хід заняття

Слухачі обговорюють спочатку запитання практики, а потім виконують у групах проблемні завдання. На занятті звітують про їх виконання.

Тема 7: Особливості спілкування соціального працівника і людини похилого віку

План

1. Спілкування як процес налагодження оптимальної взаємодії.
2. Особливості спілкування залежно від типу співбесідника.

3.Перебіг процесу спілкування.

Хід заняття

Спочатку обговорюють запитань, які слухачі готували. Після цього практика у аудиторії. У процесі рольової гри слухачі мають продемонструвати можливі ситуації спілкування з людиною похилого віку. Коли людина активна у спілкуванні, пасивна у спілкуванні, індиферентна у спілкуванні. Можливі варіанти зміни у спілкуванні, вирішення конфліктів.

Тема 8: Дозвілля у структурі часу людей похилого віку

План

- 1.Поняття про дозвілля людини похилого віку.
- 2.Форми дозвілля людини похилого віку.
- 3.Методи і засоби організації дозвілля людини похилого віку.

Проблемні завдання:

Розробити сценарій свята для людини похилого віку.

Хід заняття

Практичне заняття присвячене розробці сценарію свята до Дня перемоги. Планується з підготовленим святом відвідати геріатричний пансіонат і виступити з результатом аудиторної праці перед людьми похилого віку. Після концерту обговорити результати роботи за методикою КТС.

Тема 9: Розробка методик соціальної роботи з людьми похилого віку

План

- 1.Методики реабілітації людини похилого віку до життя.
- 2.Методики соціальної допомоги людини похилого віку.

Хід заняття

Робота у мікрогрупах над текстами методик. Захист слухачами розроблених методик. Можна провести гру «Якби я був керівником по роботі з людьми похилого віку, я б...»

Вислухати всі пропозиції слухачів. Найбільш вдалі розглянути детальніше і зафіксувати на папері для рекомендації запровадження у практику.

Опрацювати дані останніх геріатричних досліджень. Підкреслити важливі моменти у них. З'ясувати у слухачів чому ці моменти є найбільш важливими.

Тема 10: Діяльність громадських релігійних організацій із соціального захисту та опіки людей старшого та похилого віку

План

1. Опікунська робота партій і рухів з людьми похилого віку.
2. Благодійницька діяльність церкви з людьми похилого віку
3. Форми і методи роботи громадських об'єднань з людьми похилого віку.

Проблемні завдання:

1. Описати методiku роботи з людьми похилого віку одного з громадських об'єднань
2. Зобразити порівняльно (у формі таблиці) форми роботи партій, рухів, об'єднань, церкви з людьми похилого віку.

Тема 11: Основні соціальні структури соціального захисту і опіки старих людей

План

1. Принципи ООН стосовно людей похилого віку.
2. Чернівецький міський центр «Турбота» як осередок роботи з людьми похилого віку.
3. Робота відділу соціального забезпечення людей похилого віку.

Тема 12: Проблема бездомності людей похилого віку та шляхи її вирішення

План

1. Соціальне становище людини похилого віку на ринку нерухомості.
2. Умови проживання людини похилого віку.
3. Діяльність соціальних служб з покращення умов проживання людини похилого віку.

Проблемні завдання:

Розробити проект вирішення проблеми бездомності людей похилого віку у Вашому населеному пункті.

Реферати

1. Нові технології в реабілітації людини похилого віку.
2. Перспективні форми соціальної допомоги людині похилого віку.

3. Особливості залучення людини похилого віку до проведення масових свят у навчально-виховних та громадських закладах.
4. Пенсійне законодавство в Україні і на Заході: порівняльний аспект.
5. Психологічна реабілітація пенсіонера.
6. Основи догляду за лежачим хворим похилого віку.
7. Основи санітарної роботи у приміщенні, де є людина похилого віку.
8. Особливості соціального страхування людей похилого віку.
9. Лікування людини похилого віку в сім'ї.
10. Люди похилого віку і домашні улюбленці.
11. Умови проживання людини похилого віку у Польщі.
12. Міжнародні зв'язки соціальних центрів, які працюють з людьми похилого віку.
13. Кухня людини похилого віку.
14. Використання миючих засобів у догляді людини похилого віку.
15. Особливості взаємодії соціального працівника і людини похилого віку, яка опинилася на вулиці.
16. Спілкування людини похилого віку і соціального працівника по телефону.
17. Особливості обговорення життєво важливих питань з людиною похилого віку.
18. Харчування людини похилого віку у лікарні і вдома.
19. Протікання старчого періоду і питання класифікації.
20. Старість і загальнопатологічні процеси. Нервова система і органи почуттів у людини похилого віку.
21. Адаптаційні можливості організму, який старіє.
22. Вік і обмін білків.
23. Старіння нервово-м'язевої тканини.
24. Серцево-судинна система при старінні.
25. Хоспісний рух як комплексна медична, психологічна, духовна та соціальна робота.
26. Забезпечення належних санітарно-гігієнічних вимог як фактор стабілізації здоров'я людини похилого віку.
27. Вплив температури на тривалість життя.

28. Вплив гормонів на тривалість життя.
29. Роль медичної сестри у лікуванні хвороб літніх людей.
30. Завдання соціального працівника у роботі з хворою людиною.
31. Обґрунтуйте важливість дотримання принципів ООН стосовно людей похилого віку.
32. Закони України щодо вирішення проблем бездомності в Україні.
33. Значення церкви у житті старої людини.
34. Законодавче забезпечення опікунської роботи з людьми похилого віку.
35. Класифікація професійних умінь необхідних для діяльності з людьми похилого віку.
36. «Плацебо ефект» у геронтології.
37. Шляхи формування у соціального працівника комунікативних умінь.
38. Налагодження соціальним педагогом контакту з людьми похилого віку.
39. Досвід роботи з людьми похилого віку у колишньому СРСР.
40. Правила організації дозвілля людини похилого віку.

Орієнтовні контрольні питання з курсу «Соціальна геронтологія»

1. Схарактеризуйте соціальний стан людей похилого віку.
2. Розкрийте особливості соціальної роботи з людьми літнього віку.
3. Обґрунтуйте фактори, що впливають на ритм старіння людини. Розкрийте основні чинники старіння.
4. Розкрийте основні напрями медико-соціальної реабілітації людей похилого віку. Як вони реалізують на практиці?
5. Назвіть і обґрунтуйте типи старіння за способом діяльності.
6. Обґрунтуйте використання психології активного слухання в спілкуванні з людьми похилого віку.

7. Розкрийте досвід догляду за людьми похилого віку в Швеції.
8. Назвіть і обґрунтуйте основні соціальні проблеми людей похилого віку в Україні.
9. Схарактеризуйте біологічні чинники старіння.
10. Використовуючи публікації в ЗМІ та на основі власних спостережень опишіть становище людини похилого віку в сім'ї.
11. Розкрийте особливості організації дозвілля для людей похилого віку.
12. Обґрунтуйте особливості проблеми самотності людей похилого віку.
13. Схарактеризуйте роль психотерапевтичних методів у лікувальній практиці людей похилого віку.
14. Доведіть необхідність врахування психологічних особливостей людей похилого віку в роботі соціального працівника.
15. Обґрунтуйте досвід роботи з літніми людьми та людьми похилого віку в Росії.
16. Що таке «плацебо-ефект?»
17. Схарактеризуйте пасивну старість.
18. Розкрийте вплив природно-географічного середовища на старіння людей.
19. На основі спостережень опишіть стосунки людини похилого віку з рідними, близькими, знайомими.
20. Розкрийте місце пенсіонерів в структурі населення нашої країни, їх категорії, права і пільги.
21. Розкрийте врахування у роботі соціального працівника особливостей пасивного типу старіння.
22. Схарактеризуйте головні принципи хоспісної допомоги.
23. Схарактеризуйте особливості пасивної старості.
24. Обґрунтуйте значення гігієни харчування літніх людей та людей похилого віку.
25. Схарактеризуйте основи старіння з позиції соціально-демографічного процесу. Якою має бути основа соціальної роботи з літніми людьми та людьми похилого віку на базі зазначеної теорії?

26. Обґрунтуйте проблеми адаптації особистості до старості.
27. Розкрийте особливості хоспісного руху в країнах СНД
28. Розкрийте завдання територіальних центрів соціального обслуговування людей похилого віку.
29. Обґрунтуйте становище людини похилого віку в сім'ї.
30. Схарактеризуйте стан престарілих людей в сучасному британському суспільстві.
31. Розкажіть про досвід соціального обслуговування і забезпечення людей похилого віку за місцем Вашого проживання.
32. Назвіть та розкрийте соціальні проблеми людей похилого віку.
33. Схарактеризуйте іпохондричні стани у людей похилого віку. Розкрийте особливості медико-соціальної роботи з такими людьми.
34. Назвіть держави які відносять до демографічно старих. Обґрунтуйте критерії за якими їх відносять до демографічно старих.
35. Схарактеризуйте заклади в системі соціального захисту населення для престарілих та людей похилого віку.
36. Розкрийте особливості спілкування соціального працівника з різними типами психологічної конституції і зокрема з домінантним співрозмовником.
37. Обґрунтуйте основні показники демографічного старіння суспільства.
38. Охарактеризуйте соціальні чинники старіння.
39. Обґрунтуйте порушення психічної діяльності у людей похилого віку при різних захворюваннях. Розкрийте їх врахування в роботі соціального працівника.
40. Схарактеризуйте основи хоспісного руху.
41. Охарактеризуйте екологічні чинники старіння.
42. Розкрийте принципи ООН стосовно людей похилого віку.
43. Назвіть заклади соціальної опіки над людьми похилого віку, схарактеризуйте основні напрями їх діяльності.
44. Охарактеризуйте закономірності медико-соціальної реабілітації людей похилого віку.

45. Розкрийте діяльність громадських, релігійних організацій з соціального захисту та опіки людей старшого та похилого віку.

46. Охарактеризуйте основні психологічні компоненти процесу спілкування з людьми похилого віку.

47. Охарактеризуйте діяльність територіальних центрів з обслуговування самотніх громадян похилого віку.

48. Обґрунтуйте психологічні питання лікувальної практики людей похилого віку.

49. Розкрийте суть різниці між поняттями “старість” і “старіння”.

50. Охарактеризуйте соціальний стан людей похилого віку. Обґрунтуйте перспективи його покращення.

51. Назвіть та обґрунтуйте вимоги до спеціаліста соціальної роботи з людьми похилого віку.

52. Розкрийте особливості соціальної роботи з людьми літнього віку.

53. Охарактеризуйте процес демографічного старіння населення.

54. Проаналізуйте проблему адаптації до старості й проблему соціальної роботи в цьому напрямку.

55. Розкрийте прояви делірії у людей похилого та старечого віку.

56. Обґрунтуйте соціальний захист верств населення літнього та старечого віку (профілактика, підтримка, представництво).

57. Наведіть приклади участі літніх людей та людей похилого віку в громадській роботі.

58. Обґрунтуйте роль медичної сестри в лікувально-реабілітаційній роботі з людьми похилого віку?

59. Охарактеризуйте особливості спілкування соціального працівника з недомінантним співрозмовником похилого віку.

60. Розкрийте функції сім'ї для людей літнього віку.

61. Охарактеризуйте правові засади соціальної роботи з людьми похилого віку.

62. Розкрийте особливості спілкування соціального працівника з різними типами психологічної конституції і зокрема, з мобільним та ригідним співрозмовником.

63. Обґрунтуйте необхідність реформування пенсійного законодавства в Україні.
64. Охарактеризуйте психічні розлади у людей похилого віку та доведіть необхідність врахування їх патологій в соціальній роботі.
65. Окресліть проблему бездомності людей похилого віку та розкрийте шляхи її подолання.
66. Обґрунтуйте особливості консультаційної роботи з літніми сім'ями.
67. Розкрийте роль комунікативних особливостей соціального педагога в роботі з людьми похилого віку.
68. Охарактеризуйте своєрідність медичних і соціально-психологічних проблем людей похилого віку і назвіть можливі моделі соціальної роботи з ними.
69. Схарактеризуйте роль служби «Телефон довіри» в соціальній роботі з людьми похилого віку.
70. Розкрийте мету і завдання методики соціальної діяльності з людьми похилого віку.
71. Обґрунтуйте умови, що забезпечують ефективність соціальної діяльності з людьми похилого віку.
72. Схарактеризуйте вчення І.Мечнікова в геронтології. Розкрийте його роль у методиці роботи з людьми похилого віку.
73. Обґрунтуйте благодійницьку діяльність церкви та релігійних громад для людей похилого віку.
74. Розкрийте форми і методи роботи громадських об'єднань з людьми похилого віку.
75. Схарактеризуйте особливості контактної взаємодії соціального працівника, медичної сестри з людиною похилого віку.
76. Розкрийте суть теорій старіння і смерті.
77. Обґрунтуйте екологічні і соціологічні аспекти старіння.
78. Схарактеризуйте етнопедагогіку як основу формування екології душі людини.
79. Обґрунтуйте екологічні і соціологічні аспекти старіння.
80. Назвіть та схарактеризуйте хвороби літніх людей.
81. Обґрунтуйте завдання соціального працівника у роботі з хворою людиною похилого віку.

82. Розкрийте відомі Вам експериментальні моделі продовження тривалості життя.

83. Обґрунтуйте життєво необхідні умови для проживання людини похилого віку в сім'ї.

84. Схарактеризуйте досвід роботи з людиною похилого віку у розвинених європейських країнах (у двох за вибором).

85. Назвіть форми дозвілля людини похилого віку та розкрийте зміст двох з них за вибором.

86. Обґрунтуйте перспективні форми соціальної допомоги людині похилого віку.

87. Опишіть можливі форми адаптації пенсіонерів до життя.

88. Альтернативи проведення вільного часу людини похилого віку та людини літнього віку в сім'ї.

89. Розкрийте особливості прийому ліків людиною похилого віку.

90. Обґрунтуйте особливості діагностики людей похилого віку.

МЕТОДИКА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ В ОСОБАХ

Ілля Ілліч Мечников



Народився 3 травня 1845 року, в с. Іванівка Харківської губернії. Помер 2 липня 1916 року у Парижі. Науковець, один з основоположників еволюційної ембріології, імунології та мікробіології. Розробив теорії зародкових листків, походження багатоклітинних організмів. Відкрив явище фагоцитозу, розробив фагоцитарну теорію імунітету. Почесний член Петербурзької академії наук (1902р.). Лауреат Нобелівської премії з медицини та фізіології (1908р.) «За вивчення імунної системи».

Навчався у 2-й Харківській гімназії та на відділенні природничих наук Харківського університету. Працював у Гессені, Геттінгені та Мюнхені. Мав ступінь магістра зоології. У 1870–1882 роках завідував кафедрою зоології та порівняльної анатомії Новоросійського університету. А уже в 1886–1887 роках завідував організованою ним та Миколою Гамалією першою в Російській імперії Одеською бактеріологічною станцією (нині Одеський науково-дослідний інститут вірусології та епідеміології). На початку ХХ століття був завідувачем лабораторії в Інституті Пастера в Парижі, з 1905 року виконував обов'язки заступника директора інституту.

Коли теорія Мечникова про роль фагоцитозу і функції лейкоцитів здобула визнання в науковому світі, він розпочав роботу над проблемами старіння і смерті. На думку Мечникова, людина боїться смерті тому, що вмирає зарано. Тож наука повинна продовжити людське життя, щоб людина пройшла повний життєвий цикл, який І. Мечников і називав «ортобіозом». Прагнучи віддалити смерть, вчений ретельно стежив за власним способом життя: пив лише кип'ячену воду, ніколи не їв немитих плодів, не вживав алкоголю, не грав в

азартні ігри. Одного разу, читаючи Біблію, І.Мечников звернув увагу на слова: «І помер у старості добрий, постарілий і насичений життям...» І тоді видатний імунолог подумав: а може, і справді життям можна «насититися», і померти спокійно, погодившись з тим, що земний шлях пройдено?

У 1903 році роздуми вченого про довголіття лягли в основу його праці «Етюди про природу людини», присвяченій «ортобіозу», або «вмінню жити правильно». В цій праці вчений доводив, яким величезним є вплив харчування на тривалість життя. Він був переконаний, що для довголіття треба вживати велику кількість кисломолочних продуктів або кефіру, заквашеного болгарською паличкою.

Сам Ілля Ілліч Мечников помер у 71 рік після кількох інфарктів. Незадовго до смерті Мечников написав: «Моя мати померла у 65 років, батько у 68 років, брат у 57 років. Серцева спадковість у мене, безперечно, погана. Тож нехай ті, хто вважає, що за моїми правилами я повинен був би прожити 100 років і більше «пробачать» мені передчасну смерть з огляду на вищезгадані обставини».

Володимир Веніамінович Фролькіс

Народився 27 січня 1924 року в м.Житомир. Помер 2 жовтня 1999 року. Вчений у галузі сучасної геронтології і вікової фізіології, академік Академії медичних наук України, академік НАН України, член Нью-Йорської академії наук, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України, віце-президент АМН України, завідувач лабораторії фізіології Інституту геронтології АМН України.



Автор близько 700 наукових праць, з них 25 монографій, 13 посібників, виданих у різних країнах світу. Створив найбільшу геронтологічну наукову школу. Підготував 37 докторів та 63 кандидатів наук.

Почесний член товариств геронтологів Болгарії, Угорщини, Німеччини, Чехословаччини, член редколегій семи журналів,

член правління наукових товариств фізіологів, геронтологів, член Міжнародного парламенту гуманітаріїв.

Народився 27 січня 1924 року в Житомирі. Учасник радянсько-німецької війни. Був аспірантом на кафедрі фізіології Київського медичного інституту, якою керував Г. В. Фольбортом. У 1950 році захищає кандидатську дисертацію «До вивчення процесів втоми і відновлення серця» і залишається на кафедрі фізіології – спочатку асистентом, потім з 1953 року доцентом. У 1958 році захищає докторську дисертацію «Фізіологічна характеристика рефлексів на серцевосудинну систему» і видає монографію «Рефлекторна регуляція діяльності серцевосудинної системи». Вченим встановлені закономірності взаємодії вузлів автоматизму в серці, досліджено механізми виникнення аритмій, регуляції коронарного кровотоку, детально проаналізовано функціональні та метаболічні порушення при експериментальному інфаркті міокарда.

У 1958 році в Києві створюється Інститут геронтології та експериментальної патології АМН СРСР. Його очолив академік М. М. Горєв, який запросив 34-річного Володимира Фролькіса керувати лабораторією фізіології. Де вчений працював до кінця життя.

Основний напрям робіт В. Фролькіса – вивчення механізмів старіння, вікової патології; пошук засобів подовження життя. Ним розроблена адаптаційно-регуляторна теорія старіння, запропоновано уявлення про процеси антистаріння (вітаукт), гіпотеза про гено-регуляторний механізм розвитку вікової патології і розроблено концепцію гено-регуляторної терапії, проаналізовані нейро-гуморальні та мембранні зміни в процесі старіння; відкрито новий клас внутрішньоклітинних регуляторів (інвертори); створені нові підходи до експериментального подовження життя.

Наукові праці: «Aging and life-prolonging processes» (1982); «Старение, эволюция и продление жизни»(1993); «Старение и экспериментальная возрастная патология сердечно-сосудистой системы» (1994); «Aging cardiovascular system. Physiology and pathology» (1996).

Олександр Олександрович Богомолець

Народився 12 травня 1881 року, у м. Києві. Помер 19 липня 1946 року, у м. Києві – український учений-патофізіолог. Основоположник української школи патофізіології, ендокринології і геронтології, організатор української науки.



Засновник перших в Росії і Україні науково-дослідних закладів медичного профілю. Дійсний член і президент УАН (АН УРСР), академік і віце-президент Академії наук СРСР, академік Академії наук Білоруської РСР, почесний академік Академії наук Грузинської РСР, дійсний член Академії медичних наук СРСР. Очолював створені ним Інститут експериментальної біології та патології та Інститут клінічної фізіології АН УРСР. Опрацював ефективну методику впливу на сполучну тканину за допомогою винайденої ним антиретикулярної цитотоксичної сироватки, відомої у цілому світі як стимулятор функцій сполучної тканини.

Автор численних праць з ендокринології, порушення обміну речовин, імунітету та алергії, раку, старіння організму.

У Саратові Олександр Богомолець розробив імунну цитотоксичну антиретикулярну сироватку, яка прискорювала заживлення ран і активізувала імунну систему людини. «Сироватка Богомольця» успішно застосовувалася для лікування інфекційних хвороб і переломів. Під час радянсько-німецької війни 1941–1945 рр. вона мала особливий попит у радянських польових та евакуаційних госпіталях.

У Москві Олександр Богомолець створює відділення експериментальної патології в Інституті з вивчення вищої нервової діяльності при Комуністичній академії.

Учений узяв участь у створенні першого в світі Інституту гематології та переливання крові (нині – Гематологічний науковий центр Росздраву), який очолив після смерті його першого директора – Олександра Олександровича Богданова. Там під його керівництвом була розроблена унікальна методика консервації донорської крові, яка й досі застосовується

практично без змін. Тоді ж Олександр Богомолець та його учні встановили універсальний донорський характер першої групи крові. В Москві Олександр Богомолець створив також онкологічну лабораторію при Московському міськздороввідділі і взяв активну участь у створенні Інституту функціональної діагностики і експериментальної терапії.

У 1930 році Олександр Богомолець був обраний президентом Академії Наук УРСР.

У Києві Олександр Богомолець заснував «Фізіологічний журнал» АН УРСР. Організовував щорічні широкі наукові конференції з найактуальніших проблем медицини, брав участь у редагуванні багатьох наукових збірників.

У 1941 році, за кілька місяців до початку радянсько-німецької війни, Олександр Богомолець створив Київський диспансер боротьби з передчасною старістю. На його базі пізніше був утворений Інститут геронтології. За два роки до створення диспансеру академік випустив брошуру «Подовження життя». В ній він науково обґрунтовував можливість і реальність тривання людського життя протягом 100 і більше років. Деякі ідеї, викладені в ній, Олександр Богомолець почав розробляти ще в Саратові.

У підсумку Олександр Богомолець перетворив Київ на один із найпрестижніших наукових геріатричних центрів СРСР.

Олександр Богомолець очолював Академію Наук УРСР в нелегкі роки сталінських репресій.

З початком радянсько-німецької війни Академія наук УРСР евакуйована до Уфи. Там Олександр Богомолець провів масову реорганізацію української науки для потреб воєнного часу. Разом з академіком Миколою Бурденком створював Академію медичних наук СРСР. Навесні 1944 року Олександр Богомолець повернувся до Києва, де очолив роботи з відтворення Академії наук УРСР.

Велике значення мають праці академіка Богомольця, присвячені переливанню крові. В них доведено, що переливати кров доцільно не лише за її нестачі, а й з метою підвищення реактивності організму. В останні роки життя Олександр Богомолець багато уваги приділяв питанням старіння організму. Як і Ілля Мечников, вважав, що людина за своєю природою може

жити 125–150 років; старіння, що настає у 60 –70 років – передчасне і зумовлене несприятливими умовами життя та захворюваннями.

Ним написані праці «Вступ до вчення про конституції та діатези» (1928 р), «Криза ендокринології» (1927), «Загадка смерті» (1927), «Про вегетативні центри обміну» (1928), «Набряк. Нарис патогенезу» (1928), «Артеріальна гіпертонія. Нарис патогенезу» (1929), «Патологічна фізіологія» (1929 рік).

Олександр Олександрович Богданов (Малиновський)

Олександр Олександрович Богданов (Малиновський). Народився 1873 року. Помер у 1928 році). Увійшов в історію як лікар, економіст, видатний філософ, політичний діяч, вчений-натураліст і письменник-фантаст. З 1921 року цілком присвятив себе науковим дослідженням, головним чином в області геронтології і гематології. Ще в 1908 році в своєму науково-утопічному романі «Червона зірка»



він описав метод обмінного переливання крові і сформулював свої погляди на функцію крові як головного організуючого посередника, що забезпечує життєздатність організму. Богданов вперше вказав на величезну соціально-медичне значення переливання крові. Він вважав, що широке застосування обмінних гемотрансфузій матиме позитивний перетворює вплив на людину і суспільство. О. Богдановим розроблено проект переливання крові, який реалізує у ході практичної діяльності в Інституті переливання крові.

Створений заклад виконував найважливіші теоретичні та практичні завдання:

- формування апаратури для заготовки та переливання крові;
- дослідження трансфузій крові при різних видах патології;
- застосування обмінних переливань крові;
- розробка методики отримання стандартних групових сироваток;

- ознайомлення та навчання лікарів методу переливання крові;
- створення банку донорів.

За два роки у закладі відбулося біля 400 переливань крові. Будучи переконаним пропагандистом переливання крові, він зробив собі 11 переливань, п'ять з яких об'ємом по 900 мл. Дванадцяте переливання крові виявилось для Олександра Олександровича виявилось фатальним. До останніх хвилин життя Олександр Олександрович, перемагаючи недугу, проводив самоспостереження і записував симптоми хвороби.

Дмитро Федорович Чеботарьов



Учений-терапевт і геронтолог. Академік Національної академії наук України, академік Академії медичних наук України, академік Російської академії медичних наук. Двічі лауреат Державної премії УРСР, заслужений діяч науки України.

Народився 17 вересня 1908 року. Помер 11 липня 2005 року.

На початку 1945 року Д.Ф. Чеботарьов повернувся до Києва де був зарахований до докторантури Інституту фізіології АН УРСР, яким керував академік О. Богомолець. Докторська дисертація Дмитра Чеботарьова «Про функції нирок при вагітності» була видана як монографія російською та китайською мовами. Дмитро Чеботарев очолював кафедру терапії Київського інституту удосконалення лікарів, був головним терапевтом і головою Вченої Ради МОЗ України, членом-кореспондентом АМН СРСР, академіком АМН СРСР. З 1992 року він академік НАН і АМН України. Заслужений діяч науки УРСР.

Учений керував клінічним відділом Інституту геронтології, а потім більш як 26 років очолював цей заклад. Це був період становлення, інтенсивного розвитку і розквіту геронтології в СРСР. У 1972 році в Києві проходив IX Конгрес Міжнародної

асоціації геронтологів на якому Д.Ф. Чеботарьова було обрано його президентом.

Роботи Д. Чеботарева присвячені проблемам вікової фізіології та патології внутрішніх органів, нервової системи та опорно-рухового апарату, різних аспектів геріатричної кардіології та фармакології, заклали міцний фундамент вивчення старіння людини. Дмитром Чеботарьовим написано автор 10 підручників і 9 монографій, що розкривали питання старіння населення. Серед яких принесла славу автору монографія «Серцево-судинна система при старінні». Основні праці вченого: «Геріатрія в клініці внутрішніх хвороб», «Догляд за хворими похилого та старечого віку», «Геріатрія в терапевтичній практиці». Остання відзначена премією імені С.П. Боткіна Російської АМН і премією імені Н.Д. Стражеска НАН України.

Дмитро Федорович був редактором перших в країні посібників для лікарів «Основи геронтології» і «Довідника з геріатрії, а також тритомного радянсько-німецького керівництва з геронтології німецькою мовою. Під його редакцією видані 28 збірок праць інституту, які отримали широке визнання в науковому світі. Під його керівництвом підготовлено та захищено 16 докторських і 36 кандидатських дисертацій

Протягом багатьох років Д.Ф. Чеботарьов очолював Всесоюзну проблемну комісію «Геронтологія та геріатрія», яка функціонувала на базі Інституту геронтології та координувала всі дослідження з геронтології в СРСР. Вчений очолював Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів і геріатрів, був членом правління Всесоюзного та Українського товариств терапевтів і кардіологів, членом виконкому Міжнародної асоціації геронтологів, радником ВООЗ та Центру соціального розвитку та гуманітарних питань ООН, членом редакційних колегій багатьох вітчизняних і зарубіжних журналів.

Він президентом Міжнародної асоціації геронтологів, нагороджений медаллю ВООЗ, Міжнародною премією імені Ф. Верцара, почесними медалями та грамотами національних медичних організацій. Міжнародним вченою радою при Американському біографічному інституті Д.Ф. Чеботарьов був названий «Людиною року-1997». Багато років був членом Німецької Академії природознавства «Леопольдіна», почесним

членом національних товариств геронтологів Болгарії, Німеччини, Угорщини, Польщі, Італії, Бразилії, Чехословаччини. Жив у Києві.

Заслуги вченого оцінені державою. Він нагороджений орденом Жовтневої революції, трьома орденами Трудового Червоного Прапора, Почесною грамотою Верховної Ради України. За наукові розробки в галузі геронтології йому двічі присуджувалася Державна премія УРСР

Олександр Васильович Нагорний



Нагорний Олександр Васильович народився 28 серпня 1887 року, в м. Харкові. Помер 11 травня 1953 року в м. Харкові. Український фізіолог та геронтолог радянських часів, професор, доктор біологічних наук, заслужений діяч науки УРСР, член-кореспондент АН УРСР. Нагороджений Почесною грамотою ЦК ВЛКСМ, РМ Казахської РСР, нагороджений орденом Червоної Зірки, орденом Трудового Червоного Прапора. Відмінник народної освіти УРСР.

Освіту здобував у Харківському університеті на фізико-математичному факультеті зі спеціалізацією порівняльної фізіології. За студентську роботу по вивченню дихання у комах удостоєний університетської премії ім. професорів Степанових.

Дійсний член та секретар Харківського товариства дослідників природи, почесний член Всеросійського товариства ротних фельдшерів, дійсний член Харківського медичного наукового товариства, дійсний член секції порівняльної фізіології кафедри зоології Харківського університету, приват-доцент Харківського інституту народної освіти, професор та завідувач кафедрою фізіології університету, організатор Харківського філіалу Українського зообіологічного інституту на основі діючої кафедри зоології, завідувач кафедрою зоотехнічного (зооветеринарний) інституту та лабораторією фізіології Українського інституту експериментальної медицини, автор

теорії стихаючого самооновлення протоплазми як одного з чинників старіння, засновник Харківської школи онтофізіологів

О. Нагорний автор близько 160 праць по питаннях вікової фізіології та біохімії, з них 20 монографій та збірників. Відомий дослідник хімічно-колоїдний стану організму, вікового розвитку, питань старіння та продовження тривалості життя. Працював над створенням підручників, навчальних посібників та програм по анатомії, фізіології, біологічній та колоїдній хімії.

З поваги до вченого в Харківському університеті є аудиторія названа його іменем та стипендія найбільш талановитим учням. У Харківському відділенні науково-медичного товариства присуджується премія імені О.Нагорного.

Микола Михайлович Амосов

Микола Михайлович Амосов – народився 6 грудня 1913р., в с.Ольхово, сучасна Вологодська область. Помер 12 грудня 2002 р. в м.Київ.

Український лікар, учений в галузі медицини, біокібернетики; дійсний член НАНУ, директор Інституту серцево-судинної хірургії.

Визнаний другим після Ярослава Мудрого великим українцем за результатами опитування громадської думки Великі українці.

Після закінчення медичного інституту і до початку Німецько-радянської війни працював хірургом лікарні в Череповці. У березні 1953 року М. Амосов захистив докторську дисертацію з медицини на тему «Резекції легень при туберкульозі». З 1958 року співпрацював з Інститутом кібернетики в галузі фізіологічних досліджень серця. У 1963 році вчений уперше у СРСР зробив протез мітрального клапана. Коло наукових інтересів вченого охоплює такі напрями: регулюючі системи організму, механізми розуму і штучний інтелект, психологія і моделі особистості, соціологія і моделі суспільства, глобальні проблеми людства.



12 грудня 2002 року на 90-му році життя помер від інфаркту і похований на Байковому кладовищі в Києві.

Зрозумівши, що організм старіє М.Амосов зайнявся фізичними вправами. Про свої відчуття під час експерименту вчений писав у статті «Експеримент: звіт за 8 років». У роботі він дав характеристику старінню як процесу, що проходить в організмі і передав своє ставлення до цього. Наведемо окремі думки автора:

В усіх клітинах людського організму старіння йде неминуче, хоча і не однаково в різних людей (гени різні!). Насамперед це стосується мозку. У ньому зменшується активність нейронів, знижується швидкість нервових процесів. Погіршується пам'ять: ближня (забув, де що поклав), далека (не можеш згадати імені і конкретного факту), хоча в пам'яті вони є і після затримки спливають. Але і при уповільненні пам'яті логіка й узагальнюючі ідеї можуть бути збережені: розум не пропав. (Якщо немає склерозу мозкових судин!) Для науки труднощі з пам'яттю дуже важливі: потрібно перебудовувати технологію роботи з літературою. Комп'ютери можуть допомогти, але все одно – погано.

Прикро – потерпають рухи: хода хистка, сходи – покарання. Дивно, але біг підтюпцем по прямій доріжці в мене зберігся. (Уявляю, як жалюгідно він має виглядати збоку). Руки за пультом комп'ютера теж служать пристойно, і почерк зберігся таким, яким був. Бачу, що у багатьох старих з цим не так добре. Мова майже не змінилася: доповіді можу читати, хоча виступів тепер мало, став кабінетним ученим. Зір – у порядку: роблю свою фізкультуру для очей. Двісті сильних змикань повік. Але глухуватий на праве вухо, вушний апарат поки що компенсує огріхи.

Не втримаюся, перелічу книжки, що написав і видав за період експерименту: «Розум. Людина. Суспільство. Майбутнє»; «Подолання старості»; «Здоров'я»; «Мій світогляд»; «Голоси часів»; «Голоси часів» (скорочене і перероблене для Інтернету); «Енциклопедія Амосова». Крім того, видано 8 брошур: з питань політики, здоров'я, медицини, у тому числі «Ідеологія для України» (аж три видання). Також багато статей та інтерв'ю у газетах, журналах і виступів на телебаченні».

Євдокія Іванівна Холостова

Євдокія Іванівна Холостова – народилася 25 квітня 1946 – російський вчений у галузі соціальної політики та соціальної роботи. Доктор історичних і філософських наук, професор. Академік Міжнародної Академії Інформатизації. Директор Інституту перепідготовки та підвищення кваліфікації Департаменту соціального захисту населення міста Москви.



Президент Громадської Академії проблем соціальної роботи. Віце-президент Міжрегіональної громадської організації «Асоціація працівників соціальних служб». Головний редактор видання «Вітчизняний журнал соціальної роботи». Член Координаційної ради президії Генеральної ради партії «Єдина Росія» по взаємодії з об'єднаннями громадян старшого покоління.

Автор понад 500 наукових робіт і навчальних посібників з проблем соціальної роботи з різними категоріями населення, історії та теорії соціальної політики та соціальної роботи. Є. І. Холостова є творцем унікальної наукової школи російської соціальної роботи, в основу якої покладена ідея міждисциплінарного характеру досліджень соціальної роботи та комплексного багаторівневого підходу до вирішення проблем клієнта.

- У 1991 році очолила першу в Росії кафедру теорії та методики соціальної роботи Московського державного соціального інституту.
- У 1996-2002 рр.. – Ректор Соціально-технологічного інституту Московського державного університету сервісу.
- 2002-2004 рр.. – Проректор Російського державного соціального університету.
- 2004-2008 рр.. – Заступник міністра соціального захисту населення Московської області.
- З 2008 року – директор Інституту перепідготовки та підвищення кваліфікації керівних кадрів і фахівців системи соціального захисту населення міста Москви.

• У 2011 році під редакцією Є. І. Холостовой і Г. І. Клімантова вийшло в світ унікальне видання — «Енциклопедія соціальних практик». У ньому були зібрані і розглянуті новітні методики організації соціальної допомоги та соціального обслуговування найбільш вразливих категорій населення – літніх, інвалідів, сім'ї та дітей. Дана книга стала настільним посібником у багатьох закладах соціального захисту населення Росії.

Владислав Вікторович Безруков



Український учений-геронтолог, доктор медичних наук, академік Національної академії медичних наук України, професор, заслужений діяч науки і техніки України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки, директор Інституту геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України, головний редактор науково-практичного журналу «Проблемы старения и долголетия», член редакційних рад знаних часописів «Кровообіг та гемостаз», «Лікарська справа» та низки інших вітчизняних і зарубіжних журналів.

Народився Владислав Вікторович 25 лютого 1940 року у м. Куйбишев, (нині Самара, РФ). Навчався у Київському медичному інституті ім. О. О. Богомольця, працював ординатором хірургічного відділення Черкаської обласної лікарні.

Основний напрям науково-дослідної роботи вченого: вивчення фізіології старіння та соціальної геронтології. В. Безруков – президент наукового медичного товариства геронтологів та геріатрів України, член рад Міжнародної та Європейської асоціацій геронтологів і геріатрів, почесний член наукових товариств геронтології та геріатрії Румунії та Росії, голова спеціалізованої вченої ради при Інституті геронтології НАМН України, радник ВООЗ і ООН.

У доробку професора В. Безрукова понад 600 наукових праць, зокрема 23 монографії та навчальних посібників з фізіології і соціальної геронтології, 4 авторських свідоцтва.

Безруков В. В. нагороджений: орденами Ярослава Мудрого V ст., «Кадетська слава» I ст., «За добросердечие и жертвенность», відзнакою НАН України «За наукові досягнення», Почесними грамотами МОЗ та НАМН України, двома відзнаками ВР України, Комітету з питань охорони здоров'я «За охорону здоров'я нації», Почесною грамотою та Знаком Пошани Київського міського голови, Знаком Пошани Київської міської профспілки працівників охорони здоров'я та багатьма іншими нагородами.

Лібанова Елла Марленівна

Директор Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАН України, д.е.н., професор, академік НАН України Е.М. Лібанова відомий економіст і демограф. У 1971р. закінчила Київський інститут народного господарства ім.Д.С. Коротченко. Трудову і наукову діяльність розпочала у Київському інституті народного господарства ім. Д.С. Коротченко (07.1971 – 07.1977 рр.). Шлях від посади старшого інженера до завідувача відділом пройшла у Раді по вивченню продуктивних сил України НАН України (08.1977 до 10.2000 рр.). Працювала науковим консультантом Президента України. У травні 2003 року Президія Національної академії наук України ухвалила рішення про затвердження Е.М.Лібанової на посаді заступника директора з наукової роботи Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України, створеного нею разом з академіком НАН України С.І.Пірожковим. Від 16.03.2007 р. Елла Марленівна як вчений високої кваліфікації та досвідчений організатор новаторських наукових досліджень обіймає посаду директора Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України. Кандидатську дисертацію Е.М. Лібанова захистила в 1977, докторську – в 1993р. Звання професора за фахом «демографія, економіка праці, соціальна економіка і політика» їй присуджено у 2000 році. У 2002 році Указом Президента України Е.М.Лібановій



присуджено звання Заслуженого економіста України. Цього ж року її обрано член-кореспондентом НАН України за спеціальністю «економіка праці». У квітні 2009 року Е.М.Лібанову обрано академіком НАН України за спеціальністю «соціоекономіка» та затверджено на посаді академіка-секретаря Відділення економіки НАН України. З ім'ям Е.М.Лібанової пов'язано становлення в Україні важливого наукового напрямку – дослідження людського розвитку, насамперед, соціально-демографічних його аспектів. Вона була керівником робочих груп з підготовки тематичних доповідей «Проблема бідності в контексті політики соціально-економічних перетворень та стратегії реформ», «Становлення середнього класу в Україні», «Демографічна ситуація в Україні: проблеми та перспективи», «Становлення та розвиток ринку праці в Україні: проблеми і перспективи вирішення», Послань Президента України до Верховної Ради України у 2000, 2001, 2002 і 2003 роках, співавтором Послання 2005 року, одним з керівників і співавтором серії Національних доповідей з проблем демографії, соціальної політики, ринку праці, гендерних відносин. Зокрема, вона є незмінним співавтором доповідей про людський розвиток в Україні, які готуються під егідою ООН. Під керівництвом і за безпосередньої участі академіка НАН України Е.М.Лібанової створено оригінальну методику вимірювання людського розвитку на рівні областей, що одержала статус офіційної та використовується Держкомстатом України для щорічних розрахунків. Від початку роботи Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи НАН України за наукового редагування й авторської участі Елли Марленівни щорічно виходять друком монографії з окремих проблем людського розвитку в Україні.

Академік НАН України Е.М.Лібанова була керівником робочої групи і співавтором Концепції та Стратегії демографічного розвитку України до 2015 року. Значна частина авторського доробку Е.М. Лібанової пов'язана з формулюванням концепції проведення пенсійної реформи в Україні: під її орудою та за безпосередньої участі створено оригінальну модель пенсійної системи України, яку підтримали і схвалили різні

спеціалізовані на проблемах пенсійного моделювання міжнародної структури.

Академік Е.М.Лібанова, член Міжнародного союзу демографів, систематично бере участь в авторитетних міжнародних семінарах та конференціях. Вільно володіючи англійською мовою, вона очолювала офіційні делегації України на 35 та 36 сесіях Комісії ООН з соціального розвитку (Нью-Йорк, 1997 і 1998 рр. відповідно) та Міжнародної конференції на рівні міністрів з проблем старіння під егідою Європейської Економічної комісії ООН (Ліон, 2007), була радником Делегації України на Європейському форумі з проблем становища жінок (Відень, 1994) і Всесвітньому форумі з соціальних проблем «Женева—2000» (Женева, 2000), на щорічних сесіях Комісії ООН з народонаселення і розвитку (Нью-Йорк, 2007, 2008). Брала участь у низці конференцій та семінарів в якості експерта ООН з проблем людського розвитку (Нью-Йорк, 1995), сталого розвитку (Нью-Йорк, 1996; Гент, 1996; Будапешт, 1999), старіння населення (Мальта, 1997); була координатором ЮНІСЕФ з питань соціальної політики країн з перехідною економікою (Флоренція, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998), експертом Світового банку з проблем бідності населення в країнах з перехідною економікою (Будапешт, 2000), експертом МОП з проблем гнучкості і захищеності ринку праці (Будапешт, 2006; Женева 2007; Женева, 2008), експертом Єврокомісії з проблем соціально-економічного розвитку (Брюссель, 2008). Понад 200 наукових праць Е.М. Лібанової опубліковано у вітчизняних і міжнародних виданнях, з них більше 30 – у спеціалізованих виданнях ООН, Світового банку, ЮНІСЕФ, МОП та інших впливових міжнародних організацій. Значну увагу академік НАН України Е.М.Лібанова приділяє підготовці кваліфікованих наукових кадрів: під її керівництвом захищено 2 дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук та 17 кандидатських. Вона підготувала й опублікувала серію навчальних посібників з економіки ринку праці та соціальної політики, зокрема – перший в Україні підручник зі статистики ринку праці.

Е.М.Лібанова провадить активну науково-експертну роботу як член Комітету з державних премій України в галузі науки і

техніки та заступник голови відповідної секції, Координаційного центру з питань здійснення пенсійної реформи, Комітету при Президентові України з економічних реформ, Координаційної ради з питань підвищення конкурентоспроможності національної економіки.

Елла Марленівна очолює редакційну колегію створеного за її ініціативи журналу «Демографія та соціальна економіка». Під її орудою протягом чотирьох років постійно працює круглий стіл з актуальних соціально-демографічних проблем України, участь у роботі якого беруть відомі вчені, представники органів законодавчої та виконавчої влади, засобів масової інформації.

Академіка Е.М. Лібанову нагороджено Почесною грамотою Кабінету Міністрів України (2003), Подякою Кабінету Міністрів України (2004), Орденом княгині Ольги III ступеня (2009), Орденом княгині Ольги II ступеня (2013).

Алла Йосипівна Капська



Народилася 17.10.1939. Померла 30.03.2021. Доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальної педагогіки Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова.

Тема докторської дисертації «Формування готовності вчителя до виконавсько-мовленнєвої діяльності в системі вищої освіти» (захищена у 1989).

Тематика науково-дослідної роботи – «Технологічні аспекти підготовки студентів до соціально-педагогічної діяльності».

Автор багатьох підручників для студентів і соціальних працівників.

Голова Вченої спеціалізованої ради по захисту дисертацій із проблем педагогічних та соціально-педагогічних наук при Національному педагогічному університеті імені М.П. Драгоманова, член спеціалізованої ради по захисту докторських дисертацій.

Важливі праці: «Соціальна педагогіка», «Волонтерський рух в Україні: тенденції розвитку», «Словник-довідник для соціальних працівників та соціальних педагогів», «Актуальні проблеми соціально-педагогічної роботи» .

Інститут геронтології Національної академії медичних наук України

Інститут геронтології Національної академії медичних наук України створений у травні 1958 року як Інститут геронтології та експериментальної

патології АМН СРСР.

Організація такого інституту саме в Києві була історично зумовлена тим, що Україна відіграла і відіграє особливу роль у розвитку світової геронтології.



Саме в Україні працював І.І.Мечников. В 1938 році О.О.Богомолець як Президент Академії наук України скликав у Києві одну з перших конференцій в світі, присвячену проблемам старіння та довголіття.

Фундатором і першим директором інституту був учень О.О.Богомольця, відомий патофізіолог М.М.Горев. З 1961 року інститутом керував Д.Ф.Чеботарьов, клініцист широкого профілю; в 1988 році інститут очолив В.В.Безруков, вихованець інституту, фахівець у галузях фізіології старіння і соціальної геронтології.

Наукова діяльність інституту традиційно має три основних напрями:

- біологія старіння – фундаментальні дослідження механізмів старіння та вивчення чинників, які цей процес сповільнюють або прискорюють,

- клінічна геронтологія та геріатрія – клініко-експериментальні дослідження взаємозв'язку процесу старіння та вікової патології, перебігу основних захворювань в похилому

віці, розробка та вдосконалення методів діагностики, лікування, профілактики, реабілітаційних заходів,

- соціальна геронтологія та герогігієна –аналіз демографічної ситуації, умов життя, характеру харчування, трудової діяльності, їх впливу на стан здоров'я та тривалість життя населення України.

Ці напрямки досліджень розробляються в Інституті впродовж всього його існування, і в кожному з них є значні наукові здобутки

У галузі фундаментальних досліджень найбільш значимі результати отримані при вивченні нейрогуморальних, мембранних, імунних, генних механізмів старіння. Створені нові уявлення про роль клітинних, молекулярних та мембранних елементів, про взаємозв'язок процесу старіння з розвитком вікової патології. Створені і впроваджені в промисловий випуск нові геріатричні препарати. Розроблені принципово нові підходи до експериментального подовження життя.

Основні розробки, спрямовані на практику охорони здоров'я, були здійснені при дослідженні механізмів розвитку артеріальної гіпертензії та її лікування, ішемічної хвороби серця та мозку, оптимізації терапії цих захворювань, а також паркінсонізму, остеопорозу та остеохондрозу, в розробці методів реабілітації хворих після інсульту. Визначені клініко-фізіологічні характеристики синдрому прискореного старіння. Створені нові комплексні геріатричні фармакологічні засоби та продукти харчування.

Проведений доскональний аналіз демографічної ситуації в Україні. Науково обґрунтовані розробки щодо покращення медико-соціального обслуговування людей похилого та старечого віку, створена автоматизована система кількісної оцінки залежності цієї категорії людей від сторонньої допомоги. Для геріатричних установ України розроблені положення та структура, проведені розрахунки потреб і нормативів. Розроблені методи експертизи працездатності і трудової реабілітації робітників старшого віку, які впроваджуються у виробництво. Розроблені норми і асортиментна структура харчування в залежності від віку і стану здоров'я. Постійно здійснюється підготовка документів для директивних органів України, що

стосуються проблем літніх та старих людей. Інститут приймав безпосередню участь в підготовці всіх наказів МОЗ СРСР (1977, 1985, 1987, 1988 рр.) та МОЗ України (1993 р.) стосовно організації медичної та медико-соціальної допомоги людям похилого віку, і зокрема, самотнім престарілим. Інститут є розробником проектів програм з геронтології та геріатрії для навчання медичних кадрів (основні з них: уніфікована програма для інститутів удосконалення лікарів – 1984 р. та міжкафедральна програма для медичних ВНЗ – 1986, 1995 рр.). Інститут був одним з розробників Програми «Здоров'я літніх людей» (1998 – 2002 рр.), Указ про реалізацію якої був підписаний Президентом України 10.12.1997 р. Інститут протягом майже 30 років (з 1962 по 1991 р.) був головною установою з проблеми «Геронтологія та геріатрія» спочатку по проблемній комісії, а з 1967 р. – Наукової Ради АМН СРСР. Виконуючи функції головної установи, інститут координував дослідження по проблемі в різні роки в 80-100 і більше наукових установах бувшого СРСР. В даний час інститут є головною установою по проблемній комісії з геронтології та геріатрії при АМН та МОЗ України. Інститут є центром, що організує та координує наукову та медико-соціальну діяльність закладів України, яка стосується проблем геронтології та геріатрії. Він також є центром підготовки наукових та практичних кадрів в цій галузі. Тільки з числа співробітників інституту за роки його існування підготовлено понад 50 докторів та більш 230 кандидатів наук. Про роль інституту в підготовці кадрів свідчить той факт, що на його базі працює створена з ініціативи інституту в 1970 р. кафедра геронтології та геріатрії (з 2002 р. – кафедра терапії і геріатрії) Київської медичної академії післядипломної освіти. З 1991 року працює Спеціалізована вчена рада по захисту докторських дисертацій (з спеціальностей «нормальна фізіологія» та «біохімія»). Члени наукового колективу інституту академіки АМН України Бутенко Г.М. та Коркушко О.В., проф.Верхратський Н.С.та д.м.н. Горбань Є.М. є членами експертних рад ВАК України. Велику організаційну, педагогічну та лікувальну роботу проводять на базі інституту Український реабілітаційний геріатричний центр, Українські науково-медичні центри з проблем паркінсонізму та остеопорозу, лікувально-консультативний центр «Геронтолог». Наукове

медичне товариство геронтологів та геріатрів України об'єднує 250 членів. За часів існування Радянського Союзу за участю товариства (організатором якого в 1963 р. був інститут) проведено 5 Всесоюзних з'їздів геронтологів і геріатрів. За часів незалежності України проведено 2 національних з'їзди. В 1972 році інститутом в Києві було проведено IX-й конгрес Міжнародної асоціації геронтологів. В теперішній час щорічно проводяться симпозиуми, наукові та науково-практичні конференції, курси інформації та стажування, семінари та школи-семінари для лікарів та медичних сестер, наради обласних спеціалістів з геріатрії. Інститут має багаторічний досвід активної міжнародної наукової та експертної діяльності: функціонує як центр, що співпрацює з ВООЗ з питань здоров'я літніх людей; співробітничает з міжнародними організаціями в галузі геронтології та геріатрії шляхом роботи спеціалістів інституту як експерти-радники ООН, ВООЗ та участі представників інституту в засіданнях робочих груп, семінарів, нарад ООН, ВООЗ, ЮНЕСКО, МОП та ін. Учені інституту входять до складу керівних органів Міжнародної та Європейської асоціацій геронтологів, є членами редколегій міжнародних журналів з геронтології та геріатрії, почесними членами зарубіжних національних товариств геронтологів та геріатрів. Інститут є організатором українських асоціацій: – з остеопорозу, – з проблем хвороби Альцгеймера, – хворих на паркінсонізм, – менопаузи, андропаузи та захворювань кісток і суглобів, – мікроциркуляції, реології, тромбоутворення, які, крім останньої, прийняті відповідно до Міжнародної фундації з остеопорозу, Міжнародної асоціації з проблем хвороби Альцгеймера, Європейської асоціації хворих на паркінсонізм та Європейської асоціації менопаузи та андропаузи.

В інституті видаються журнали: «Проблеми старения и долголетия» (з 1991р.), «Проблеми остеології» (з 1998р.), які входять до переліку ВАК України як фахові видання, «Кровообіг та гемостаз» (з 2003 р.). За час існування інституту видано 17 основоположних посібників та довідників, в т.ч. і виданих за кордоном, 53 монографії, 45 монотематичних збірників статей (огляди літератури, лекції, оригінальні дослідження), а також

численний ряд збірників матеріалів наукових форумів та брошур з геронтології та геріатрії.

Денхам Харман

Денхам Харман народився 14 лютого 1916 року. Помер 25 листопада 2014 року. Почесний професор в університеті Навчався у хімічному коледжі Університету Каліфорнії, Берклі, закінчив інтернатуру в Стенфорді.



Харман був дуже зацікавлений феноменом старіння, його причинами та лікуванням. Для

глибшого вивчення проблеми він вступив до медичної школи в Стенфорді. Згодом вчений очолив кафедру серцево-судинних досліджень в університеті Медичного коледжу Небраски. Крайне зацікавлений феноменом старіння, причинами його появи і можливим

Д. Харман підтримував здоровий спосіб життя. Не курив та не вживав алкоголь. Бігав до 82 років. Через травму спини вимушений був скорочувати дистанцію, але не відмовлявся від бігу. В Денхам Харман став науковим співробітником в лабораторії Доннера медичної фізики Каліфорнійського університету в Берклі. Культивував ідею, що причиною старіння є пошкодження. Він проводив дослідження з продовження тривалості життя над короткоживучою популяцією мишей, що переживали радіаційне облучення з урахуванням введення поєднання радіаційного захисту 2-МЕА (2-меркаптоетіламін), показав збільшення тривалості життя мишей на 30%. Він також показав можливість продовження тривалості життя при використанні ряду антиоксидантів.

У 1961 році Харманом опубліковано дослідження, яке переконувало, що ступінь полінасиченості у жирах має значний вплив на частоту появи онкології у мишей. Вчений зробив

висновок, що полінасичені харчові жири містять багато канцерогенів.

У 1968 році Харман опублікував дані дослідження дієтичних оксидантів. Воно переконало, що харчовий консервант ВНТ, якій миші споживали регулярно підвищував на 45% тривалість життя. Турбувало те, що хоча його дослідження й довели продовження середньої тривалості життя, але вони не показали збільшення максимальної продовження тривалості життя. Після багатьох років досліджень вчений прийшов до висновку про те, що саме мітохондрії визначають тривалість життя. Його праця присвячена цій теорії була опублікована у 1972 році у журналі «The Journal of the American Geriatrics Society».

Клавдія Консон



Клавдія Консон має більш ніж 20-річний досвід роботи в Ізраїлі у галузі геронтології, геріатрії та психogerіатрії. Як фахівець з менеджменту оздоровлюваних систем брала участь у будівництві госпіталів, будинків для проживання старих людей в Ізраїлі. Клавдія є директором відділення південного округу компанії «Бабайт» (догляд за людьми похилого віку в домашніх умовах), директором відділення постійної госпіталізації компанії «Рамат-Тамир» (Іерусалим – Ізраїль), супервізором з сестринського догляду в Готелі Геріатрії (Беєр-Шева, Ізраїль). Вона координує дослідження в поліклініці проблем пам'яті Університета Бен-Гуріон (Беєр-Шева, Ізраїль).

З 2014 року Клавдія Консон виконує обов'язки головного консультанта по операційній системі і контролю якості пансіоната для престарілих та інвалідів Senior Group. Вона має більш ніж 20-річний досвід роботи в Ізраїлі у галузі геріатрії.

Прислів'я та приказки про старість та життєвий досвід

- Згадала стара, як молодою була.
- Ліпша старого рада, як молодого робота.
- Молода була — дурна була, стара стала — дурніша стала.
- Не лай старого — сам старим будеш.
- Ненадовго старий жениться.
- Не питай старого, а питай бувалого.
- Поважай старих, бо й сам старим будеш.
- Сів старий, зажурився, а далі встав, підголився.
- Слухай старих людей, то й чужого розуму наберешся, й свого не загубиш.
- Сонце заходить — старим радість.
- Старе скаже на глум, а ти бери на ум.
- Старе, як мале: що побачить, того й просить.
- Що старе, що мале, що дурне.
- Старий, старий, але ярий.
- Старий, а як скаже та прикаже, то й молодий не справиться.
- Старий багато знає, а ще більше забув.
- Старий кінь борозни не псує, та й глибоко не оре.
- Старий ворон пусто не кряче.
- Старий говорить, говорить, та й на правду виходить.
- Старий кіт, а масло любить.
- Старий не той, що багато літ має, а той, хто здоров'я шукає.
- Старий про старе й думає.
- Старий стару хвалить, що добрий борщ зварить, а молодий свою гудить: що не зварить, то спаскудить.
- Старий хоче спати, а молодий гуляти.
- Старі крутяться, а молоді учаться.
- Старого горобця на полову не зловиш.
- Старого вчити — що мертвого лічити.
- Старого дерева не випрямиш.
- Старого чоловіка для поради держи.
- Старому женитися і ніч коротка.
- Старому брехати — не ціпом махати.

- Старому подушечки, а молодому ігрушечки.
 - Старому піч, як малому колиска.
 - Старому та хворому годи завше, як малому.
 - Сядьмо, старий, в парі, щоб гречка родила.
 - Такий старий, що пам'ятає, як його батька хрестили.
 - У старого голова, як решето: багато було, та висіялося,
 - У старого жінка молода — велика біда.
 - Чим старіший, тим мудріший, чим молодший, тим дорожчий.
- «Чого чорт мудрий?» — «Бо старий!»
 - Шануй старих — молоді тебе пошанують.
 - Шукай правди у старих, а сили у молодих.
 - Як єсть старий куст, так і двір не пуст, а як єсть старі люди, так і всього прибуде.
- І чорт на старість у монахи пішов.
 - Не роками старість гарна, а ділами.
 - Слухай, слухай та на вус мотай, а під старість як знахідка буде.
- Старість іде і хвороби веде.
 - Старість — не радість, горб — не користь.
 - Старість не прийде з добром: коли не з кашлем, то з горбом.
- Від гніву старієш, від сміху молодієш.
 - Незчувся, коли й постарівся.
 - Старять годи і тяжкі пригоди.
 - Тримайся того порога, перед котрим зістарівся.
 - Цікаві скоро старіються.
 - Якби знову на світ народитися, знав би, як не старітися.
 - Сиве волосся — ласка молода.
 - Сивина в голову — біс у ребро.
 - Сивина в бороду — розум в голову.
 - Хто сивий — не конче мудрий, а лише старий.
 - Волос сивіє, а голова шаліє.
 - Як голова сивіє, то чоловік мудріє.
 - Три дні до смерті, та ніяк не доживеш.
 - І не мірошникує, а голова борошном припала.
 - Зігнувся в три погібелі.
 - Добрі зуби, що кисіль їдять.

- Куди йому кисіль їсти, коли він кваші не вкусить.
- Тоді дали хліба, як зубів не стало.
- Не в час даєш хліба густо, коли зубів у губі пусто.
- Був кінь, та з'їздився.
- Кисіль зубів не псує.
- Коли зубів не маю, тоді горіхи принесли.
- Вже мені в долину йде, а тобі вгору.
- Як мале падає, бог перину підставляє, а старе падає, чорт борону підставляє.
- До пори збан воду носить, прийде пора — заголосить.
- Доки здоров'я служить, то чоловік не тужить.
- Без здоров'я нема щастя.
- Без здоров'я ніщо чоловікові не миле.
- Бережи і шануй честь змолоду, а здоров'я — під старість.
- Бережи одягу знову, а здоров'я змолоду.
- Було б здоров'я, а все інше наживем
- Було б здоров'я, а все інше купимо (сучасний варіант)
- Вартість здоров'я знає лише той, хто його втратив.
- Весела думка — половина здоров'я.
- Веселий сміх — здоров'я.
- Все можна купити, тільки здоров'я ні.
- Глянь на вид і про здоров'я не питай.
- Горе стихає, а здоров'я зникає — і радість минає.
- Держи голову в холоді, а живіт в голоді — будеш здоров.
- Добре здоровому вчити хворого.
- Здоровий злидар щасливіший від хворого багача.
- Здоровий хворого не розуміє.
- Здоровий, як циганова коняка: день біжить, а три лежить.
- Здоровому все на здоров'я йде.
- Здоровому здається, що ніколи не захворіє.
- Розпутне життя в молодості приносить хворобу на старості.
- Яка молодість, така й старість.
- Інший молод роками, та старий ділами.

- Коли молод бував, під колінця голубця вибивав, а як стар став, всього того перестав.
- Молоде пиво шумить.
- Молода кров кипить.
- Молода, як горіх, так і проситься на гріх.
- Молоде — золоте, а як ляже спати, то не може встати.
- Молоде на всі сторони гнеться.
- Молоде орля, та вище старого літає.
- Молодий місяць не всю ніч світить.
- Молодий може вмерти, а старий мусить.
- Молодий та зелений, як гарбуз у спасівку.
- Молодого кров гріє.
- Не розуміє молодий старого, аж доки сам ся не постарів.
- Нагинай гілляку, доки молода.
- Не можна покласти стару голову на молоді плечі.
- Не розкошуй замолоду, бо на старість будеш бідувати.
- Нехай гуляє молодь, більш копи лиха не наробить.
- Сіла між молодими і помолодшала.
- Треба змолоду кості гризти, аби на старість м'ясо їсти.
- Хоч молодий роками, та старий розумом.
- Хто змолоду балує, то під старість старцює.
- Рожа червона, та й та блідне.
- На свіжий цвіток і бджола сідає, а зів'ялий обминає.
- Нове ситечко на кілочку, а як пристариться, садять квочку.
- Добрі зуби і камінь перегризуть.
- Болять старі кості за гріхи молодості.
- Він не старий, але давній.
- В старій печі сам чорт палить.
- Горе старому вдома самому.
- Дай, боже, старим очі, а молодим розум.
- Де старий ногою, там молодий головою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптационные процессы в организме при старении: Сб. статей АНБССР. Сектор геронтологии. Минск, 1977.136 с.
2. Абрахамсон П. Социальная эксклюзия и бедность. Общественные науки и современность. 2001. № 2. С. 158 –168.
3. Авербух. Е. С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте: Психиатрический аспект геронтологии и гериатрии. Л. : Медицина, 1969. 285 с.
4. Адаптация организма к физическим нагрузкам при старении. Минск, 1980.199 с.
5. Амосов М.М. URL: <https://kpi.ua/amosov-photo>
6. Акусок А. Соціалізація особистості як психолого-педагогічна проблема. Соціальна педагогіка: теорія та практика. 2005. № 1. С. 23 –25.
7. Александрова М. Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л. : ЛГУ, 1974. 135 с.
8. Альперович В. Д. Социальная геронтология. Ростов н/Д : Феникс, 1997. 576 с.
9. Андрееenkova Н. В. Проблемы социализации личности. Социальные исследования. 1970. № 3. С. 45.
10. Андрушко А. В. Суїцидальна поведінка осіб похилого віку як кримінологічна проблема. Закарпатські правові читання: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та аспірантів, (28-30 квітня 2009 р.) / за заг. ред. Ващука Ф. Г., Трачука П. А.. Ужгород, 2009. С. 159 –162.
11. Анцыферова Л.И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности. Психологический журнал. 1996. Т.17. №6. С.60 –71.
12. Аршавский И.А. Основы возрастной периодизации . Л.: Наука, 1975. 132 с.
13. Бабов Д.М. Як харчуватися людині похилого віку. К., 1977.
14. Балдинюк О. Особливості соціальної роботи з людьми похилого віку.Соціальна робота та соціальна освіта. №5. 2020. URL: <http://srso.udpu.edu.ua/iss>
15. Боенко И.Д. Овощи и фрукты. Физиологические и лечебные свойства. Воронеж, 1976.168 с.

16. Басов Н.Ф. Социальная работа с людьми пожилого возраста. Ростов н/Д : Феникс, 2009. 346.
17. Баталова О. П. Соціальний захист населення – пріоритетний напрямок соціальної політики адміністрації області. Соціальна робота. 2008. № 1. С. 17.
18. Бевзенко О.В. Соціальний аспект пенсійного забезпечення. Економіка АПК. 2003. №8. С.153 –155.
19. Безпалько О. В. Соціальна робота в громаді: навч. посібник. К.: Центр навчальної літератури, 2005. 176 с.
20. Безруков В., Дупленко Ю, Кульчицкий О. Академик Фролькис: вклад в развитие геронтологии. Doctor. 2002. № 2. С. 83.
21. Безруков В. , Баталова О. Геронтологія в Україні: наука та практика. Соціальний захист населення – пріоритетний напрямок соціальної політики адміністрації області. Соціальна робота. 2008. № 1. С. 17.
22. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М. : Прогресс, 1986. 420 с.
23. Бессараб Б., Грушко Л. Оцінка діяльності пізнішого виходу на пенсію. Социс. 2003. №2. С.16 –18.
24. Биоэнергетика и смерть. Биохимия. 2005. №2. С. 294 –301.
25. Биховский А.В. Гигиена повседневного быта. М., 1985. 95 с.
26. Болотіна Н. Б. Право соціального захисту: становлення і розвиток в Україні. К.: Знання, 2005. 381 с.
27. Бойко А.М., Бондаренко Н.Б. Соціальна робота. Робота з конкретними групами клієнтів. К., 2004. 161 с.
28. Бондаренко В.А., Новикова А.И., Мартыненко В.В., Коченков А.Ф. Памяти основателя Харьковской школы возрастной физиологии и биохимии (к 120-летию со дня рождения члена-корреспондента АН Украины А.В.Нагорного). *Вісник Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна*. Серія Біологія. 2007. Вип. 6. № 788.
29. Бочелюк В.Й. Бочелюк В.В. Дозвіллезнавство: навч. пос. К.: Центр навчальної літератури, 2006. 208 с.
30. Бра М., Квинан, А., Сузин С. Митохондрии в програмированной гибели клетки: различные механизмы гибели (обзор). Биохимия. 2005. №2. С. 284 –293.

31. Бугайова Н. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у періоди вікових криз. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПНУ. Актуальні проблеми психології, т. IX. Випуск 8. С.83 –95.

30. Будинки престарілих в Україні. URL: <http://domprestarelyh.com.ua>

33. Будинки для літніх людей: життя чи доживання? URL: <https://dt.ua/.../>.

32. В інтернатних закладах системи соціального захисту населення. URL: <http://dn.gov.ua/>.

35. Васильченко В. С. Гриненко А.М., Грішнова О.А., Керб Л.П.. Управління трудовим потенціалом : навч. пос. К. : КНЕУ, 2005. 403 с.

36. Вайнола Р. Х. Технологізація соціально-педагогічної роботи: теорія та практика: навч. посібник / за ред проф. С.О. Сисоевої К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2008. 134 с.

37. Васильєва Г. І. Інформація про діяльність відділення соціального обслуговування вдома. Соціальний працівник. 2005. № 64. С. 3.

38. Василькова Ю., Василькова Т. Социальная педагогика: курс лекций: учеб. пособие. М. : Издательский центр «Академия», 1999. 440 с.

39. Васильченко В., Гриненко А., Грішнова О., Керб Л. Управління трудовим потенціалом : навч. посібник . К. : КНЕУ, 2005. 403 с.

40. Вельвовский И.З., Лигігарт Н.К., Багалея Е.М. Сухоруков В.И. Психотерапия в клинической практике .К.: Здоровье, 1984. 160 с.

41. Венский Международный план действий по проблемам старения. URL : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_870.

42. Владимиров Д.Г. Старшее поколение как фактор экономического развития. Социс. 2004. №4. С.57 –60.

43. Влечик М.М. Биологические основы старения и долголетия. М., 1976.159 с.

44. Вогромин В.Г. Можно ли продлить жизнь? Горький , 1984, 127 с.

45. Возраст мудрости – возраст созидания. Программа развития ООН. М., 1999. 75 с.

46. Возрастная психология: Хрестоматия, / под редакцией В. Мухиной и А. Хвостова М., 1993. 456 с.
47. Волошин Б.Ф. Бердышин Г. Молекулярно-генетические механизмы старения. М, 1977. 295 с.
48. Волошин О.І., Силавський О. Основи здорового харчування. Чернівці, 2002. 304 с.
49. Вольф О.О. Взаємодія між державними та недержавними організаціями заради розвитку паліативної та хоспісної допомоги у Печерському районі Києва. Вісник національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». 2011. № 1 (9).
50. Воробьев Р.И. Питание и здоровье . М., 1990. 160 с.
51. Всеобщая декларация прав человека Принята и провозглашена в резолюции 217 А (III) Генеральной Ассамблеи от 10 декабря 1948 года URL: <http://zakon.rada.gov.ua/>.
52. Всеукраїнська асоціація пенсіонерів – крок до добробуту. Наше покоління. 2007. № 7. С. 9.
53. Вульф Л. С. Самотність людей похилого віку. Соціальне забезпечення. 1998. № 5. С. 24.
54. Геріатричний пансіонат – дім чи установа? URL:<http://www.vezha.org/>.
55. Геронтопсихологія: підручник / за ред. І.М. Ушакова. Х.: НУЦЗУ, 2014. 236 с.
56. Гершунский Б.С. Образование как религия третьего тысячелетия: гармония знания и веры. М.: Педагогическое общество России. 2001. 128 с.
57. Гишинский Я. И. Стадии социализации индивида. Человек и общество. Проблемы социализации индивида. 1971. № 9. С. 44 –55.
58. Главацька Ольга . Особливості професійного вигорання соціальних працівників. Social Work and Education 2017. Vol. 4, No. 2., pp. 46 –62.
59. Глас Джустин Жить до 180 лет. М., 1991. 96 с.
60. Голубенко Т.О. Процес старіння як соціально-психологічна проблема. Соціальна робота в Україні: теорія і практика. №1. 2012. С. 191 –197.
61. Горшкова О.А. Социальная работа с пожилыми (социальное обслуживание пожилых граждан) // Опыт

социальной работы за рубежом: Краткий курс лекций. М.: СТИ ГАСБУ, 1999. С. 55 –63.

62. Головною метою має стати інклюзія людей похилого віку в життя. URL:<https://www.kmu.gov.ua/>.

63. Грегор Ота. Жить не старея. М., 1991. 272 с.

64. Григоров Ю.Г. Питание и феномен долголетия. К., 1988. 47 с.

65. Гриценок М. О. Проблеми інтернатних установ, територіальних центрів. Соціальний захист. 1997. № 1. С. 35-38.

66. Грищенко С. Красиво жити не заборониш. Як отримати максимальну державну пенсію. Контракти. 2004. 14 червня (№24). С.54 –55.

67. Громадський простір: «Домашня опіка» – важливий соціальний проект допомоги людям похилого віку. URL: <http://www.prostir.ua/>.

68. Грушко В. Н. Пенсійна система України: навч. посібник / за ред. В. І. Грушка К. : Кондор, 2006. С. 26.

69. Грицанюк В., Стопець Т. Соціальна інклюзія людей похилого віку як превенція розвитку старечої деменції. Соціальне партнерство та міжвідомча взаємодія у вирішенні актуальних проблем інклюзії: матеріали Міжнародної науковопрактичної конференції (Чернівці, 22 листопада 2019 р.). Чернівці : Технодрук, 2019. С.76 –78.

70. Гулина М.А. Психология социальной адаптации и дезадаптации личности / Психология социальной работы. М., 2002. 352 с.

71. Гусарова Н.Ф. Возрастная психология. М., 2002. С. 78 –92.

72. Гусева О.В. Особенности реакций на госпитализацию психически больных людей пожилого возраста. Психология старости и старения: хрестоматия. М.: Академия, 2003. С.275 – 278.

73. Давидовский И.В. Геронтология. М., 1966. 300 с.

74. Данило О., Скалецький М. Причини та мотиви суїцидальної поведінки в умовах економічної кризи. URL: <http://ena.lp.edu.ua/>.

75. Декларация по проблемам старения. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/>.

76. Дементьева Н., Устинова Е. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и людей пожилого возраста. Тюмень, 1995. 215 с.

77. Дементьева Н., Болтенко В., Доценюк Н. Социальное обслуживание и адаптация лиц пожилого возраста в домах-интернатах : метод. рекоменд. М., 1985. 123 с.

78. Дементьева Н.Ф, Устинова Е. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. М., 2001. 321 с.

79. Департамент соціального захисту населення Чернівецької ОДА: Чернівецький комунальний територіальний центр соціального обслуговування «Турбота». URL: <http://dszn-cv.at.ua/>.

80. Державний стандарт паліативного догляду. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua>.

81. Джамбекова А., Шилов В. Справочник по уходу за больными М.:Экзамен, 2005. 160 с.

82. Для пожилых: сборник статей. М., 1964. 120 с.

83. Дмитриев А. В. Социальные проблемы людей пожилого возраста. М., 2004. 67 с.

84. Долгожительство в Азербайджане. Сб. научн. статей /отв. ред. В.И. Козлов. М., 1989.184 с.

85. Дослідження соціальної ізоляції людей похилого віку. URL: <https://ua.korrespondent.net/>.

86. Економічна енциклопедія : у 3 т. /редкол. : С. В. Мочерний (відп. ред.) та ін.. К. : Видавничий центр «Академія», 2002. 952 с.

87. Емотина М.Е. Чеканова Э. Пожилой человек в образовательном пространстве современного общества. Социологические исследования. 2003. №7. С.43 –49.

88. Если вам за 60 ... / под общ. ред. В. Д. Альперович. Ростов н/Д : Феникс, 1999. 350 с.

89. Європейська соціальна хартія. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/>.

90. Життя і знання. Січень. 2016. 23 с.

91. Життя і знання. Травень. 2014. 26 с.

92. Заняття спортом у літньому віці. URL: <http://www.pdfactory.com>.

93. Завацька Л. М. Технології професійної діяльності соціального педагога: навч. посібник для ВНЗ. К. : Видавничий дім «Слово», 2008. 240 с.
94. Зайнишев И. Г. Технология социальной работы: учеб. пособ. для студ. ВУЗ. М., 2002. 215 с.
95. Заиц О. В. Опыт организационно – административной работы в системе социальных служб, учреждений и организаций. Владивосток: Издательство Дальневосточного университета, 2004. 234 с.
96. Закон «України Про житловий фонд соціального призначення». URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/>.
97. Закон України «Про жертви нацистських переслідувань». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/>.
98. Закон України «Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування». Офіційний вісник України. 2012. № 29. С. 12.
99. Закон України «Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні». Офіційний вісник. 2012. № 41. С 21.
100. Закон України «Про пенсійне забезпечення». Офіційний вісник. 2012. № 15. С. 9.
101. Закон України «Про соціальний захист дітей війни». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/>.
102. Закон України «Про соціальні послуги». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/>.
103. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12>.
104. Закон України про внесення змін до статті 14 Закону України «Про пенсійне забезпечення». Урядовий кур'єр. 2003. 26 червня. С.21.
105. Заривайська Х. А. Гігієна житла і побуту. К., 1976. 38 с.
106. Зверева І. Д., Лактіонова. Соціальна робота в Україні: підруч. К., 2004. 204 с.
107. Здоровье пожилых людей. М., 1978. 111с.
108. Здоровье пожилых: Доклад комитета экспертов ВОЗ. Женева, 1992. 42 с.

109. Иванов Л.А. Объемная старость вдоха и выдоха при различных режимах дыхания у людей различного возраста. Физиологический журнал. 1985. Т.31. №1. С.33 –38.
110. Ивченко В. Здесь старость никогда не наступает (о долгожителях Азербайджана). Вокруг света. 1981. №7. С.48–52.
111. Ігнатова Т. Пенсійне забезпечення науковців. Праця і зарплата. 2001. №4. С.6 –7.
112. Ільченко Н., Жиленко Р. Соціальне включення: теорія і практика. Економічний розвиток громади. 2006. № 2. С. 2 – 6.
113. Індик В.М. Тривалість життя експериментальних тварин та їх нащадків під впливом екологічних умов зони відчуження ЧАЕА /Доповідь НАН України. 2003. №3. С.173–178.
114. Інститут геронтології. URL: <http://geront.kiev.ua>.
115. Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В.Птухи. URL: <https://idss.org.ua/dir>
116. Інформує Чернівецький комунальний територіальний центр соціального обслуговування «Турбота». URL: <http://chernivtsy.eu/portal/>
117. Караре О. Пенсійна система Ізраїлю. Социс. 2004. 30.12. С.3.
118. Капська А. Й. Соціальна робота : навч. посібник. Київ : Центр навчальної літератури, 2005. 328 с.
119. Карелова Г. С. Нові форми соціального обслуговування міцно увійшли в життя. Соціальна робота. 2007. № 3. С. 6.
120. Карпенкова Т. В. Основы социально-правовой защиты пожилых людей. Психология зрелости и старения. 2003. № 2. С. 12.
121. Кахута С. В. Организация работы по предоставлению социальных услуг в центре социального обслуживания. Работник социальной службы. 2007. № 4. С. 34.
122. Кибернетика живого: Человек в разных аспектах. М., 1986. 176 с.
123. Киселев С. Г. Социальное обслуживание – вклад в социальное благополучие граждан пожилого возраста . Работник социальной службы. 2004. № 1-2. С. 17.
124. Ковальчук І.В. Психолого-педагогічний підхід до вирішення проблеми самотності людей похилого віку. Матеріали УІ Міжнародної науково- практичної інтернет- конференції. Переяслав- Хмельницький, 2016. Вип.6. С. 65–70

125. Ковальчук І.В. Соціальна адаптація людей похилого віку (на прикладі діяльності Чернівецького університету третього віку імені Адольфа Кольпінга. Матеріали У науково-практичної конференції та форуму Університетів Третього Віку 19-21 грудня 2018 рік. Луцьк. 2019. С.146 –151.

126. Ковальчук І.В. Соціально-педагогічна робота з людьми похилого віку в конфесіях. *Virtus*. Збірник наукових праць. В.5. 2018. С.137 –141.

127. Ковальчук І.В. Створення доступного життєвого середовища для людей похилого віку як муніципальний механізм соціального захисту населення. Місто як простір формування і реалізації соціального капіталу: українські та польські візії: матеріали Міжнародної науково-практичної відео-конференції. 20 –21 квітня 2018 року. Чернівці, 2018. С.246 –248.

128. Козлова Т.З. Моніторинг задоволення пенсіонерів умовами життя. Соціологічні дослідження. 1999. №9. С.46 –49.

129. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. К. : Міленіум, 2004. 265 с.

130. Коленічко Т. І. Деякі особливості соціальної роботи з людьми похилого віку. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 11. Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/>.

131. Колков В.В. Актуальные проблемы развития теории социальной работы. Актуальные вопросы социальной политики: материалы круглого стола. М., 2002. 345 с.

132. Коломієць Д. У пошуках вічного життя. Науковий світ. 2003. №8. С.4 –5.

133. Соціальна геронтологія : навч. посібник / Уклад.: Н. М. Коляда. Умань : ФОП Жовтий О. О., 2016. 84 с

134. Копиленко О., Римаренко Ю., Мозковий Л. Правознавство: Кредитно-модульний курс: навч. посібник. К. : «ВД. Професіонал», 2007. 400 с.

135. Коркушко О., Калиновская В., Молотков В. Преждевременное старение человека . К., 1979.

136. Котвіцька А.А., Пастухова О.А. Історія становлення та розвитку геронтології та геріатрії. URL: <https://socpharm.nuph.edu.ua/files>

137. Кохана М. Фазы онтогенеза, гипоталамус и процессы старения Марен Кохана. Кишинев, 1975. 182 с.
138. Краснова О. В. Адаптация пожилых людей к современной социальной ситуации: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. М., 1996. 244 с.
139. Краснова О.В. Социальная психология старения как основная составляющая социальной геронтологии. Мир психологии. 1999. №2. С.67 –75.
140. Крайг Г. Психология развития. Спб.: Питер, 2000. 992 с.
141. Кривоконь Н. І. Проблеми соціальної роботи та соціальної політики в Україні : навч. посіб. Чернігів: Чернігівський державний технологічний університет, 2012. 320 с.
142. Краснова О. В. Адаптация пожилых людей к современной социальной ситуации: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 . М., 1996. 244 с.
143. Краснова О. В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений . М. : Издательский центр «Академия», 2002. 288 с.
144. Крентовська О. Старіння населення як детермінуючий фактор удосконалення державної соціальної політики в Україні. URL: <http://www.irbis-nbuv.gov.ua>
145. Кровообращения и старость: сб. статей. /ред колегия Д.Ф. Чеботарев. К., 1965.
146. Куликов Ю., Михайленко Н. Окремі соціальні аспекти впровадження пенсійної реформи. Україна: аспекти праці. 2004. №8. С.29 –31.
147. Куркуленко О., Іванов Л. Гипоксия и старение. К., 1980.
148. Кучмаева О. В. Нестационарные учреждения социального обслуживания : состояние и развитие. Работник социальной службы. 2007. № 3. С. 24.
149. Кушнір С. Пенсійне страхування – спрощення чи новий клопіт. Обрій. 2004. 20-26 травня. №20. С.20 –21.
150. Лебедева Л.Ф. Социальная политика в отношении престарелых. США – экономика, политика, идеология. 1997. №7. С.33 –46.
151. Лежепекова Л., Якубов Б. Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача. Ленинград, 1982.

152. Леонтьева Л.П. Старость отступает. Алма-Ата, 1963. 199 с.
153. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник / Под ред. В.А.Епифанова, Г.Л.Апанасенко. М.: Медицина, 1990. 368 с
154. Литовченко С. В. Кожній людині 100 років життя.К., 1963.
155. Лібанова Е., Палій О. Ринок праці та соціальний захист: навч. пос. К. : Вид. Соломії Павличко «Основи», 2004. 491 с.
156. Лукашевич М., Мигович І. Теорія і методи соціальної роботи: навч. посібн. Київ: Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2000. 116 с.
157. Львова Л.В. В поисках лекарства от старости. Провізор. 2002. №2. С.17-20.
158. Мацкевич Ю. Підготовка соціальних педагогів до роботи з людьми похилого віку: автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук. 13005 . Луганськ, 2003. 22 с.
159. Макаренко Н. В. Теоретические основы и методики профессионального психофизиологического отбора военных специалистов . К. : НИИ проблем военной медицины Украинской военно-медицинской академии, 1996. 336 с.
160. Максимова С.Г. Старость: социальное отчуждение или социальное принятие. Весник Московського університету. Серія 18. Соціологія і політологія. 2002. №4.С.179 –193.
161. Максимчук В. Головне наукове стажування (про наукову пенсію). Голос України. 2004. 17 червня. №110. С.20.
162. Максимчук В. Наукова пенсія. Вісник Податкової служби України. №40. С.62 –63.
163. Максимчук О.С. Проблеми і перспективи розвитку системи недержавних пенсійних фондів в Україні. Статистика України. 2004. №1. С. 38 –41.
164. Маркова З.С. Гигиена одежды и обуви . М., 1967.48 с.
165. Марчук П.Д. Запобігання передчасному старінню засобами фізичної культури. К., 1958.76 с.
166. Маслова М. Е. Социально-педагогическая адаптация детей группы риска: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01. Ставрополь, 2001. 190 с.

167. Матюшкина М.Д. Основные характеристики образования взрослых. Андрагогика: материалы к глоссарию. Вып. 1 / науч. ред. С.Г.Вершловского и др. СПб. : СПбАППО, 2004. С.34 –39.

168. Мацкевич Ю. Підготовка соціального педагога до роботи з людьми похилого віку Ю. Мацкевич. Наукові записки Ніжинського державного педагогічного університету. Педагогічні науки. 2001.№2. С.37 –41.

169. Мацкевич Ю., Заверико Н. Робота соціального педагога з людьми похилого віку: зміст та напрямки підготовки. Проблеми педагогічних технологій: зб. наук. праць. Вип. 2 Луцьк, 2001. С. 91 – 95.

170. Мацкевич Ю.Р. Методичні рекомендації з курсу «Форми і методи соціального патронажу» . Запоріжжя. 2002. 27 с.

171. Мацкевич Ю.Р. Реабілітація як складовий компонент соціальної роботи з людьми похилого віку. Соціалізація особистості: Зб. наук. праць. Київ, 2001. С. 56 –63.

172. Мацкевич Ю. Підготовка соціальних педагогів до роботи з людьми похилого віку. Автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.05. Луганськ, 2003. 20 с.

173. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. М., 2000 95 с.

174. Медведь В. И. Жизнь как любовь. Любовь как принцип жизни / Владимир Вениаминович Фролькис. Ученый и человек : глазами друзей и коллег, хроника жизни и творчества, библиография, публицистика, афоризмы. К., 2002. С. 48 – 57.

175. Мельниченко О. А. Підвищення рівня та якості життя населення: механізм державного регулювання: монографія . Х. : ХарРІ НАДУ «Магістр», 2008. 223 с.

176. Микитенко В. Перерахунок пенсії науковцям. Урядовий кур'єр. 2004. 17 червня (112). С.15.

177. Микитенко В. Порядок обчислення пенсій з використанням даних систем персоніфікованого обліку. Вісник Податкової служби України. 2003. №33. С.55 –60.

178. Митина А.М. Дополнительное образование взрослых за рубежом: Концептуальное становление и развитие . М. : Наука, 2004. 304 с.

179. Митина А.М. Зарубежные исследования учебной мотивации взрослых. Вестник МГУ. Сер. 14. Психология. 2004. №2. С.56 –65.

180. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/>.

181. Моисеев А., Иванов В. Краткий справочник по радиационной защите и дозиметри. М., 1964. 187 с.

182. Морковкина С.Т. Особенности адаптации пожилых людей. Социологические исследования. 1997. №10. С.48 –50.

183. Мудрик А. В. Социальная педагогика: учебник для студ. пед. вузов . М. : «Академия», 1999. 184 с.

184. Нагорный Л., Микитин В., Буланкин И. Проблема старения и долголетия. М.: Медиз, 1963.

185. Національна академія медичних наук. URL: <https://web.archive.org/>.

186. Нагорный А. В. Проблема старіння та смерті і матеріали до вікової фізіології : монографія . Х. : Медвидав, 1935. 444 с.

187. Наказ «Про затвердження типових положень (взірцевих) про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян і про відділення соціальної допомоги вдома». URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/>.

188. Наказ «Про затвердження типових положень (взірцевих) про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян і про відділення соціальної допомоги вдома». URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/>.

189. Наказ «Про затвердження типових положень про будинки-інтернати (пансіонати) для громадян похилого віку, інвалідів та дітей». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/>.

190. Наказ «Про затвердження типових положень про будинки-інтернати (пансіонати) для громадян похилого віку, інвалідів та дітей». URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/>.

191. Наказ «Про затвердження Типового положення про спеціальний будинок-інтернат». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/>.

192. Наказ «Про затвердження Типового положення про спеціальний будинок-інтернат». URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/>.

193. Наказ Міністерства соціальної політики України від 25 серпня 2011 року №326 Про впровадження соціально-педагогічної послуги «Університет третього віку». URL: <http://document.ua>.

194. Наследственные и социально- гигиенические факторы долголетия. Минск, 1986. 262 с.

195. Настольная книга специалиста: Социальная работа с пожилыми людьми / Отв. ред. Е.И. Холостова. М.: Ин-т социальной работы, 1995.

196. Нікітін В.М. І. Мечніков і проблема довголіття. К., 1968.

197. Нова якість соціальних послуг для громадян похилого віку. URL: <https://gurt.org.ua>.

198. Новікова О. Інтернатні заклади для людей похилого віку як складна соціально - педагогічна система. URL: library.uira.edu.ua.

199. Новікова О. Ю. Підготовка соціальних педагогів до роботи у геріатричних закладах // Актуальні проблеми підготовки фахівців у галузі соціально-педагогічної діяльності: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, (5-7 листопада 2009 р.) / за ред. А. І. Конончук. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2009. С. 141 –142.

200. Новікова О. Ю. Соціальні трансформації українського суспільства. Стратегія розвитку України у глобальному середовищі: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, (13 –15 листопада 2009 р.). Т. II. Сімферополь : ВіТроПринт, 2009 С. 97 – 9.

201. Носков А.В. Заботы о престарелых людях в России в прошлом и настоящем. Социологический аспект. Вестник Московского университета. Серия 90.Социологический и политический аспект. 2003. №2. С. 164 –174.

202. Особливості соціально-психологічної адаптації людей. URL: Режим доступу:<http://5fan.ru/wievjob>.

203. Образ жизни и старение человека. К., 1966.

204. Окушко В. Системный подход к анализу возрастных аспектов надежности организма / Надежность и элементарные события процессов старения биологических об'єктов. К., 1986. С.202 –204.

205. Онікієнко В. Пенсіонери України: проблеми якості життя та шляхи вирішення. Регіональні аспекти розвитку і розміщення продуктивних сил України. Збірник наукових праць. 2003. В8. С.186 –192.

206. Організація дозвілля людей похилого віку. URL: http://tourlib.net/statti_ukr/.

207. Основи харчування: підручник / М.І. Кручаниця, І.С. Миронюк, Н.В. Розумикова, В.В. Кручаниця, В.В. Брич, В.П. Кіш. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2019. 252 с.

208. Особливості пенсійної реформи в аграрній сфері. Економіка АПК. 2005. №5. С. 126 – 128.

209. Павелків Р. В. Вікова психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл.. К. : Кондор, 2011. 468 с.

210. Палиєнко О. А. Академик В. В. Фролькіс и его достижения в развитии геронтологии. Вестник Академии знаний. 2013. № 2 (апр - июнь). С. 26 – 30.

211. Пальчевський С. С. Соціальна педагогіка: навч. посібник. К. : Кондор, 2005. 560 с.

212. Панова А., Холостова Є. Теорія і методика соціальної роботи: наук. посібн. в питання і відповідях. М.: Союз, 1996. 320 с.

213. Пархомов С. Житомирщина: практика соціальної роботи. Соціальний захист. 1998. №5. С. 65 –67.

214. Пенішкевич Д., Тимчук Л. Соціальна педагогіка: Модульна технологія навчального курсу: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича. Чернівці : ЧНУ, 2010. 496 с.

215. Пенсійний фонд України / Юридична енциклопедія: [в 6-ти т.] / ред. кол. Ю.С. Шемшученко. К.: Українська енциклопедія, 1998.

216. Пенсійне забезпечення (нормативні документи. Наукові пенсії). Вісник Податкової служби України. 2003. №11. С.59 –60.

217. Перепелиця М. П. Державна молодіжна політика: деякі міркування щодо пріоритетів реалізації. Соціальна політика в Україні та сучасні стратегії адаптації населення: збірник наукових статей / за ред. О. О. Яременко, В. М. Ворона, О. М. Балакірева. К. : Студцентр, 1998. С. 176 –180.

218. Пирогова Е.А., Иващенко Л.Я., Страпко Н.П. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека. К.: Здоров'я, 1996. 152 с

219. Писарев А.В. Образ жизни пожилых людей в России. Социс. 2004. № 4. С.5 1 –98.
220. Піковий М. Л. Соціальне обслуговування одиноких непрацездатних громадян. Соціальний захист. 2000. № 5. С.18–23.
221. Положення про університет третього віку // Життя і знання. 2015, лютий. С.3
222. Пономаренко В. Дослідження впливу старіння населення на чисельність та структуру економічно активного населення в Україні та країнах Європи. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/>.
223. Постанова Про затвердження Положення про Міністерство праці та соціальної політики України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/>.
224. Право осіб похилого віку на соціальний захист. URL: <http://kostvlada.org/pravo/>.
225. Працетерапія для осіб похилого віку в умовах інтернатної установи. URL: <http://ir.kneu.edu.ua/handle/>.
226. Пірен М.І. Соціальна робота в територіальній громаді. Чернівці: Рута, 2019. 327 с.
227. Примостка О.О. Фінансові установи у системі недержавного пенсійного забезпечення. Фінанси України. 2004. №6. С.53 –58.
228. Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей. URL: <http://www.un.org/ru/documents/>
229. Пушкар М.П. Основи гігієни. К., 2004. 96 с.
230. Радиационная гигиена / под ред Ф.Г.Коротова. М., 1968. 164 с.
231. Rassweiler J., Teber D., R Kuntz [et al.] Complications of Transurethral Resection of the Prostate (TURP) – Incidence, Management, and Prevention. Eur Urol. 2006. V. 50. P. 869-880.
232. Ракитина Р.И., Подопригора Е.И. Оздоровительная физическая культура для женщин среднего и пожилого возраста. К.: Здоров'я, 1991. 136 с.
233. Розенбаум М., Ратманская Л., Розенбаум А. Психологическая оценка качества жизни пожилых людей. Социс. 2005. №4. С.121 –124.
234. Романов С.Н. Биологическое действие вибрации звука. Парадоксы и проблемы XX века. Л., 1991.157 с.

235. Романенко С. М. Постаті жінок – політичних діячок в Київській Русі. Гендерна політика очима української молоді : XI Регіональний конкурс молодих вчених, Харків, 2017 . С.194-197.
236. Рубакин А.Н. Проблемы старости. М., 1969.
237. Садрицька С., Короп А. Особливості соціальної роботи благодійних фондів з людьми похилого віку. Socіoprостір. №10. 2020. URL: <https://periodicals.karazin.ua/>
238. Сачук Н. Н. Структура и факторы социально-культурной активности пенсионеров в процессе социальной адаптации. Вестник РАМН. 1986. № 10. С. 17 –20.
239. Саркизов С. Физическая культура в пожилом возрасте. М., 1962.
240. Сіньова Л. М. Соціально-правовий захист громадян похилого віку в сучасних умовах. Трудове право та право соціального забезпечення. 2016. № 2. С. 51 –55.
241. Сисоева С.О. Інтерактивні технології навчання дорослих: навчально- методичний посібник . К.: ВД «ЕКМО», 2011. 324 с.
242. Сильченко В. Ми старіємо і це цікаво. Науковий світ. 2001. №8. С.24 –25.
243. Свечникова Н.В. Досягнення сучасної геронтології. К.. 1979. 48 с.
244. Справочник терапевта / под ред. Ф.И. Комарова. М: Медицина, 1979. 656 с.
245. Справочник невропатолога / Под ред. Е.В. Шмидта. М.: Медицина, 1976. 394 с.
246. Соціологія. Соціальна робота. Соціальна педагогіка. Управління. Серія № 11. Випуск 2, 2004. С.47 –52.
247. Соціальний захист людей похилого віку в Україні. URL: visnyk-psp.kpi.ua/ru/.
248. Соціальний захист і обслуговування людей похилого віку. URL:<http://www.oblosvita.kiev.ua/>.
249. Соціальне виключення як об'єкт економічного аналізу. URL: <http://bulletin-econom.un>
250. Соціальна робота: технологічний аспект: навч. посібник / за ред. А. Й. Капської. К. : Центр навчальної літератури, 2004. 352 с.

251. Соціальна робота в Україні: навч. посібник / за ред. І. Д. Зверєвої, Г. М. Лактіонової. К. : Центр навчальної літератури, 2004. 256 с.
252. Соціальна робота в Україні. Практична психологія у соціальній роботі. –5 частина /за ред. М.Ходорчук. К.. ДЦССМ.2003.
253. Соціальна робота / под общей ред. проф. В.М. Курбатова. Ростов на Дону. Феникс, 1999. 576 с.
254. Соціальна педагогіка: підручник / за заг. ред. А. Й. Капської. К. : Центр навчальної літератури, 2003. 256 с.
255. Соціальна педагогіка: мала енциклопедія / за заг. ред. І. Д. Зверєвої. К. : Центр учбової літератури, 2008. 336 с.
256. Соціальна робота (понятійно-термінологічний словник) / за заг. ред. І.Д.Зверєвої. К.: Етносфера, 1994. 119 с.
257. Соціальна ізоляція пенсіонерів в Україні. URL: <https://m.tyzhden.ua/>.
258. Соціальна геронтологія : навч. посібник / Уклад.: Н. М. Коляда . Умань : ФОРМ ЖОВТИЙ О. О., 2016. 84 с.
259. Социальная работа: теория и практика: учеб. пособие / отв. ред. Е. И. Холостова, А. С. Сорвина. М. : ИНФРА – М, 2001. 427 с.
260. Социальная работа с пожилыми: настольная книга специалиста / ред. составитель Т.Е.Демидова. М.: Институт социальной работы, 1995. 196 с.
261. Социальная педагогика: словарь / сост., авт. и ред. Л. В. Мардахаев. М. : УЦ Перспектива, 2011. 244 с.
262. Социальная педагогика: курс лекций / под ред. М. А. Галагузовой. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС , 2000. 416с.
263. Социальная геронтология: современные исследования: реф. сб. М.: РАН ИНИОН, 1994. 135 с.
264. Сорочинська В. Є. Організація роботи соціального педагога: навч. пос.. К. : Кондор, 2005. 198 с.
265. Сопко Р. І. Потреби людей похилого віку: теоретико-методологічні підходи до дослідження і проблеми реалізації. Наукові праці. 2014. Т. 244, Вип. 232. С. 115 –119.
266. Смирнова Я.С. Роли и статусы стариков в абхазской семье. Советская этнография, 1982. №6. С.40 –51.

267. Словник-довідник для соціальних працівників та соціальних педагогів / за заг. ред. А. Й. Капської, І. М. Пінчук, С.В. Толстоухової. К. : УДЦССМ, 2000. 258 с.
268. Словарь по социальной педагогике : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / авт.-сост. Л. В. Мардахаев. М. : Издательский центр «Академия», 2002. 368 с.
269. Словарь по социальной педагогике : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / авт.-сост. Л. В. Мардахаев. М. : Издательский центр «Академия», 2002. 368 с.
270. Словарь – справочник по социальной работе / за ред. Е. Холостовой. М., 2001. 358 с.
271. Скулачев В.П. Феноптоз: Запрограммированная смерть организма // Биохимия. 1999. Т.64. В.12. С.1679 –1688.
272. Скрипченко О. В., Долинська Л., Огороднійчук З. Вікова та педагогічна психологія: навч. посібник . К. : Каравела, 2012. 344 с.
273. Скорик, І., Шевченко Т. Університет третього віку як модель соціальної інтеграції осіб літнього віку в сучасне суспільство. Вісник Львівського університету. Серія соціологічна, 2014. Випуск 8. С. 60–68.
274. Танчин І. З. Соціологія: навч. посібник. К. : Знання, 2008. 351 с.
275. Тарнавский Ю.В. Чтоб осень жизни была золотой (как сохранить психическое здоровье в старости). М., 1981. 96 с.
276. Тарилис М. Радиация и живая клетка . М., 1971. 97 с.
277. Теория социальной работы: учебник / под ред. Е. И. Холостовой. М.: Юрист, 1999. 334 с.
278. Терещенко І., НаумецьА. Соціальна робота з людьми похилого віку в умовах сучасної України .URL: <https://ela.kpi.ua/bitstream/>
279. Тимчук Л. Становлення та розвиток андрагогіки в Україні (кінець ХІХ- ХХ століття). Чернівці, 2015. 465 с.
280. Тимчук Л. Основи андрагогіки. Чернівці, 2014. 244 с.
281. Тетенова Г. Соціальна психологічна реабілітація в умовах будинку-інтернату. Соціальна робота. 2004. № 1. С. 456.
282. Технології соціально-педагогічної роботи: навч. посібник / за заг. ред. А. Й. Капської. К. : УДЦССМ, 2000. 372 с.

283. Тополь О.В. Теоретичний аналіз дослідження старості: соціологічний підхід. URL: <http://www.zgia.zp.ua/>.
284. Тюття Л., Іванова І. Соціальна робота: теорія і практика : навч. посібн.. К. : Знання, 2008. 574 с.
285. У Чернівцях з'явиться новий геріатричний пансіонат. URL: <https://zik.ua/news/2006/12/21/>.
286. Уже 22 роки у Чернівцях функціонує Чернівецький геріатричний пансіонат. URL: <https://pogliad.ua/.../>.
287. Указ Президента України Про програму «Здоров'я літніх людей». URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/>.
288. Условия жизни и пожилой человек /Е. Стеженская. М., 1978.311 с.
289. Филипчук В.С. Спілкування як соціально-педагогічна взаємодія: навчально-довідковий посібник. Чернівці: Рута, 2001. 95 с.
290. Федярина В. Н. Специальный жилой дом – новая модель оказания социальных услуг. Работник социальной службы. 2007. № 2. С. 13.
291. Форми роботи з людьми похилого віку в закладах. URL: <http://Naukajournal.org/index.php/naukajournal>.
292. Фокін В.А., Фокін І.Ф. Соціальна робота з літніми сім'ями в Росії. Соціальна робота в Україні. №1. 2003. С.83-99.
293. Форми і методи роботи з людьми похилого віку. URL: <http://www.kmv.gov.ua/>.
294. Фролова О. Негосударственное пенсионное обеспечение: опыт Украины. Економіка, Фінанси. Право. 2005. №3. С.3 – 4.
295. Фролькис В. Природа старения. Биологические механизмы развития старения. М., 1969.
296. Фролькис В. Стрес – возраст – синдром. Физиологический журнал. 1991. Т.37. №3. С.3 – 11.
297. Фролькіс В.В. Регулювання, пристосування і старіння. Ленінград, 1970.
298. Фроськіс В.В. Экспериментальные пути продолжительности жизни. Л.,1988. 274 с.
299. Фролькис В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л., 1988. 240 с.

300. Филипчук В., Ковальчук І. Методика соціально-педагогічної роботи з людьми похилого віку : навч.- метод. посібн. Чернівці, 2009. 125 с.

301. Фролькис В. В. Роль украинских ученых в развитии современной геронтологии. Физиологический журнал. 1987. № 5. Т. 33. С. 29 –35.

302. Харченко С. Я. Соціалізація в процесі соціально-педагогічної діяльності: теорія і практика: монографія. Луганськ : Альма-матер, 2006. 320 с.

303. Харченко С., Краткінов М., Вайцеховський М. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: наук.-навч.-метод. пос.. Луганськ : Альма-матер, 2003. 198 с.

304. Хаснулин В.И. Наше здоровье и магнитные бури. М., 1991.190 с.

305. Харченко С. Я., Кратінов М.С., Ваховський Л. Ц. та ін. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів: наук.-навч.-метод. пос.. Луганськ : Альма-матер, 2003. 198 с.

306. Harman D., Harman H.I thought, thought, thought for four months in vain and suddenly the idea came –an interview with Denham and Helen Harman. Interview by K. Kitani and G.O. Ivy. Biogerontology: journal. 2003.Vol. 4. no. 6. P. 401 –412.

307. Холостова Е. И.Социальная работа с людьми пожилого возраста. М., 2003. 358 с.

308. Холостова Евдокия Ивановна. Биография. URL: <http://www.biograph.ru>.

309. Хрисанова Е.Н. Основы геронтологи . М., 1999. 192 с.

310. Чеботарев А., Бочко Н. Наследственность человека и мутагены внешней среды. Л., 1989.

311. Чеботарев Д.Ф. Геронтология и гериатрия. М.,1984. 64 с.

312. Чеботарев Д.Ф. Руководство по геронтологи. Л., 1978.

313. Чеботарев Д.Ф. Долголетие . М., 1970.

314. Чернівецька міська рада: Слухачі «Університету Третього Віку» отримали сертифікати. URL: <http://chernivtsy.eu/portal/4> .

315. Чернівецька міська рада: Чернівецький комунальний територіальний центр соціального обслуговування «Турбота». URL: <http://chernivtsy.eu/portal/>.

310. Чернівецький геріатричний пансіонат. URL: cv.goldenpages.ua/.
317. Чернівецький Геріатричний пансіонат – будинок інвалідів і людей похилого віку. URL: <https://yandex.ua/maps>.
318. Чернівецький геріатричний пансіонат. Новини. URL: <https://molbuk.ua>.
319. Чуднов В.И. Шум – враг здоров'я. М., 1969.
320. Чунтул В. Організація соціальної роботи з людьми поважного віку // Матеріали VII Всеукраїнської студентської науково - практичної конференції 12 –13 квітня 2018 року. Хмельницький, 2018. С.155 –156.
321. Шаповаленко И. В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология): учебник. М. : Гардарики, 2005. 349 с.
322. Шабанов В.П. Розвиток соціального обслуговування осіб похилого віку – одне з ключових напрямів соціальної роботи. Соціальна робота. 2004. № 1. С. 6 –9.
323. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина. 1996. 303с.
324. Шахрай В. Технології соціальної роботи: навч. посіб.. К. : Центр навчальної літератури, 2006. 464 с.
325. Шевчук Н. Специфіка соціальної роботи з людьми похилого віку. URL:<http://social-science.com.ua/>.
326. Шепелин О.П. Урбанизация и здоровье . М., 1961.
327. Школи передового досвіду УТВ. URL:kolping.com.ua/.../.
328. Якубова Л. Труш Н. Порівняльний аналіз особливостей організації соціальної роботи в Україні та за кордоном. URL: <http://elar.khnu.km.ua> › jsruі.
329. Яцемирская Р. Беленькая И. Социальная геронтология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений . М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. 224 с.

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	3
ТЕМА 1. СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА І ПРЕДМЕТ	5
ТЕМА 2. СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ДОПОМОГА ЛЮДЬМ ПОХИЛОГО ВІКУ	26
ТЕМА 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОДІЇ СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ	75
ТЕМА 4. ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ОБСЛУГОВУ- ВАННЯ ЦЬОЇ ВІКОВОЇ КАТЕГОРІЇ	99
ТЕМА 5. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЬМ ПОХИЛОГО ВІКУ	158
ДОДАТКИ	198
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	241

НАВЧАЛЬНЕ ВИДАННЯ

СОЦІАЛЬНА ГЕРОНТОЛОГІЯ

Навчальний посібник

Укладач: І.В. Ковальчук

Папір офсетний. Формат 60x84/16.

Ум. друк. арк. 15,34. Зам. № 32. Тираж 100 прим.

Виготівник: Яворський С. Н.

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ЧЦ №18 від 17.03.2009 р.
58000, м. Чернівці, вул. І. Франка, 20, оф.18, тел. 099 73 22 544