**ЗМІСТ**

ВСТУП………………………………………………………………………...

РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ СТАРІННЯ, ПОНЯТТЯ ГЕРОНТОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС ТА МОДЕЛЮВАННЯ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ

ПОХИЛОГОВІКУВ ГЕРІАТРИЧНИХ УСТАНОВАХ

* 1. Особливості періоду похилого віку та вікові кризи старості……….
  2. Соціальний статус людини в старості………………………………..
  3. Поняття і сутність соціальної геронтології…………………………..
  4. Соціологічне моделювання соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах………………………………………………..

Висновки до Розділу 1………………………………………………………..

РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІІ, ПРОЖИВАННЯ В ІНТЕРНАТНИХ УСТАНОВАХ, ХОСПІСИ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ГЕРІАТРИЧНИХ УСТАНОВ

2.1. Особливості дослідження соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах…………………………………………………………

2.2. Старі люди, які живуть в інтернаті. Хоспіси………………………………

2.3. Медико - соціальна реабілітація літніх людей в геріатричноиу пансіонаті…………………………………………………………………………

Висновок до Розділу 2

РОЗДІЛ 3 СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ГНРІАТРИЧНОМУ ПАНСІОНАТІ

3.1. Програма дослідження…………………………………………………….

3.2. Аналіз результатів дослідження…………………………………………..

Висновки до ІІІ Розділу

ВИСНОВКИ………………………………………………………………

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ………………………………..

ДОДАТКИ………………………………………………………………..

**ВСТУП**

**Актуальність проблеми дослідження.** Збільшення частки населення людей похилого віку вимагає перегляд проблеми пов’язаної із задоволенням потреб цієї когорти населення. Організація допомоги, яка ґрунтується на збереженні та зміцнення їх здоров’я не має обмежуватися тільки медичним характером, а повинна носити комплексний соціально-медичний характер.

Важко не погодитись з Д.Чеботаревим, який підкреслював, що медичне і соціальне обслуговування повинні бути побудовані за єдиною системою, яка не дивлячись на різні форми допомоги досягнула би єдиної мети – збереження фізичного та психічного здоров’я людини літнього віку [2].

Сьогодні серед актуальних проблем, які вирішуються в закладах соціального обслуговування – геріатричних пансіонатах, особливо відчутними і гострими є ті, що пов'язані з процесом адаптації людини похилого віку до умов нового соціального середовища. Безперечно, науковці намагаються досліджувати явище адаптації в теоретичному плані, виявляючи основні ознаки процесу адаптації, аналізуючи та розкриваючи різні фактори, що впливають на процес адаптації особистості. Незважаючи на здобутки вітчизняних і зарубіжних учених щодо вивчення проблеми адаптації людей похилого віку до умов нового соціального середовища, це питання залишається ще недостатньо розробленим, особливо в практичному аспекті. Це й спонукає науковців і практиків до подальшого дослідження даної проблеми та виявлення дієвих технологій, які б сприяли оптимізації адаптивного процесу людей похилого віку до умов нового соціального середовища.

Актуальність порушеної проблеми зумовлюється також і тією обставиною, що в закладах соціального обслуговування відсутні відповідні психологічні та соціально-педагогічні умови, необхідні для реалізації ефективної взаємодії людини похилого віку з оточуючим і навколишнім середовищами.

**Ступінь наукової розробленності.** Однак проблеми теорії й методики соціальної та соціально-педагогічної роботи з різними групами населення висвітлені в працях О.В.Безпалько, Р.Х.Вайноли, І.Д.Звєрєвої, А.Й.Капської, О.Г.Карпенко, Л.І.Міщик, С.В.Савченка, С.Я.Харченка, Н.М.Чернухи та ін.; питанням адаптації особистості присвячені праці В.С.Агєєва, І.В.Бичко, І.В.Бойченко, В.П. Войтенка, Н.Ф.Дементьєвої, І.І.Жук, В.В.Фролькіса, Е.Я.Штернберга та ін.; проблеми людей похилого віку вивчали К.Вишневсько-Рошковська, Ш.А. Надіршвілі, Ю.Р.Мацкевич, І.В.Мацько, В.С.Микольченко, Х.О.Порсєва та ін.; у дослідженнях Л.В.Бороздіної, В.П.Войтенка, Т.З.Козлової, О.М.Молчанової, О.П.Щотки й інших науковців розкриваються рівні та передумови адаптації літніх людей при входженні в нове середовище, особливості самооцінки в пізньому віці та питання соціально-психологічної допомоги в період старіння. Проблему адаптації людини похилого віку до життя в закладах соціального обслуговування досліджували Н.Ф.Дементьєва, Л.О.Котова, А.А.Ригіна та ін. Дослідженню соціального середовища, в якому відбувається процес адаптації особистості, присвячені праці А.М.Бондаренко, А.І.Кавалерова та ін., а питання адаптації людини похилого віку, котра вступила до геріатричного пансіонату, вивчали І.А.Жук, Г.В.Чистяков та ін.

Аналіз результатів наукових пошуків показав, що фундаментальних досліджень з питань адаптації людей похилого віку до умов нового соціального середовища в Україні немає, хоча досить вираженою є потреба в систематизації теоретичних питань даної наукової проблеми з метою вирішення низки суперечностей між: зростанням кількості неадаптованих людей похилого віку до умов нового соціального середовища і відсутністю в сучасній науковій теорії та практиці обґрунтованих ефективних шляхів, методів і засобів локалізації явища адаптації, покращення становища даної категорії людей; об'єктивною потребою соціального захисту літніх людей та недостатнім теоретичним і методичним розкриттям соціально-педагогічних умов, змісту та технологій цієї діяльності в закладах соціального обслуговування; необхідністю підготовки педагогічних кадрів до роботи у будинках-інтернатах з людьми похилого віку та відсутністю теоретико-методологічного обґрунтування й науково-методичного забезпечення такої підготовки.

**Об'єктом дослідження** є особливості психологічного та фізичного станів людей похилого віку в період адаптації та проживання в геріатричному пансіонаті.

**Предметом дослідження** роботи є зовнішні та внутрішні чинники соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах.

**Мета дослідження** полягає у аналізі вимог, які ставлять перед собою соціальні працівники для роботи з людьми похилого віку та визначення особливостей соціальної роботи з людьми похилого віку в умовах геріатричного пансіонату.

Теоретично обґрунтувати, виявити та розкрити особливості, соціально-педагогічні умови і супровідні зовнішні та внутрішні фактори, що впливають на процес адаптації людей похилого віку до умов нового соціального середовища.

**Гіпотезою дослідження** є припущення що поєтапна діяльність соціального працівника (спілкування, бесіди, анкетування, розробка індивідуального плану розвитку) є єфективним компонентом у швидшому адаптуванні і пристосуванні до нового життєвого середовища на базі геріатричного пансіонату.

Об'єкт, предмет, мета і гіпотиза дослідження дозволили сформувати такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати соціальну роботу з людьми похилого віку в умовах геріатричного пансіонату;

2. З'ясувати передумови вступу літніх людей в геріатричні установи.

3. Розглянути законодавчу базу щодо захисту прав та інтересів пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян у геріатричному пансіонаті;

4. Провести емпіричне дослідження соціальної діяльності з пенсіонерами та одинокими непрацездатних громадянами, які мешкають у пансіонаті;

5. Розробити модель роботи соціального обслуговування людей похилого віку в пансіонаті та надати методичні рекомендації пенсіонерам та одиноким непрацездатним громадянам, які проживають у геріатричному пансіонаті.

**Наукова новизна роботи** полягає в тому, що в ній зроблено спробу дослідити адаптацію людей похилого віку до нового життєвого середовища, на прикладі геріатричного пансіонату, що дозволить соціальному працівнику виявити індивідуальні потреби літніх людей, оцінити і скласти індивідуальний план надання соціальних послуг для покращення адаптації людей похилого віку в геріатричному пансіонаті.

**Методи дослідження**.Варто добирати й виробляти адекватно предщмету,меті, завданням, оскільки методи допомагають їх вирішити. У процесі дослідження був застосований комплекс теоретичних та емпіричних методів.

**Теоретичні методи дослідження**: аналіз, синтез, абстрагування та конкретизація, узагальнення, порівняння, класифікація та моделювання.

**Емпіричні методи дослідження:** вивчення літературни, документів і результатів діяльності,спостереження, вивчення і узагальненняпрактичного досвіду, бесіда, анкетування.

Теоретичне значення полягає в окресленні основних аспектів і параметрів проблеми соціальної роботи з людьми похилого віку, аналізі змісту похилого віку та психологічних особливостей осіб даної категорії; емпіричному обґрунтуванні соціально–психологічних особливостей людей похилого віку в геріатричних закладах; розробці програми соціальної роботи з людьми похилого віку в геріатричних закладах.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці методичних рекомендацій для соціальних працівників та обслуговуючого персоналу геріатричних закладів щодо особливостей соціальної роботи з людьми похилого віку. Результати дослідження можуть бути враховані соціальними працівниками та психологами під час побудови діагностичних методів та корекційних комплексів, спрямованих на удосконалення соціальної роботи з людьми похилого віку та розробку розвивально-корекційних занять.

**Апробація результатів**

**Публікації.** Основні положення дослідження знайшли своє відображенняв двох наукових публікаціях:

Жевага В.В. Роль соціального працівника в соіальному обслуговуванні людей похилого віку, які проживають в закладах інтернатного типу / В.В. Жевага // Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України:виклик глобального світу: матеріали міжн. Наук.-практ.конф., м. Полтава, 22-23 травня 2019 р.: у 3 т. Т. 2. – К.: Університет «Україна, 2019. – 865 с. – С. 51 – 57.

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використанних джерел з 100 найменувань та 3 додатків. Основний зміст роботи викладений на……. Сторінках. Загальний обсяг роботи …..сторінках.

**РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ СТАРІННЯ, ПОНЯТТЯ ГЕРОНТОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНИЙ СТАТУС ТА МОДЕЛЮВАННЯ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ**

**ПОХИЛОГОВІКУВ ГЕРІАТРИЧНИХ УСТАНОВАХ**

* 1. **Особливості періоду похилого віку та вікові кризи старості**

Проблема старіння і старості є об'єктом особливої міждисциплінарної галузі знання - геронтології. У центрі уваги геронтології знаходяться біологічні, психологічні та соціологічні аспекти старіння.

Біологічний підхід до старіння орієнтований насамперед на виявлення тілесних причин і проявів старіння. Біологи розглядають старіння як закономірний процес, що протікає протягом постнатального життя організму і супроводжується настільки ж закономірними змінами на біохімічному, клітинному, тканинному, фізіологічному і системних рівнях (В.В. Фрол'кіс, 1988; Е.Н. Хрісанфова, 1999).

У зарубіжній геронтології широкого поширення набули чотири основні критерії старіння, які в 60-ті роки XX ст. були запропоновані відомим геронтологом Б. Стрехлером:

- старіння, на відміну від хвороби, являє собою універсальний процес, йому піддаються всі без винятку члени популяції;

- старіння є прогресуючим безперервним процесом;

- старіння є властивість будь-якого живого організму;

- старіння супроводжується дегенеративними змінами (на противагу змінам організму при його розвитку і дорослішання).

Таким чином, старіння людини являє собою базовий універсальний біологічний процес, який, однак, реалізується в конкретних соціокультурних умовах. Тому геронтологія розглядає старіння як комплексне явище, що включає особистісні, соціальні і навіть економічні аспекти життя людини. Про це свідчить також той факт, що такі показники, як тривалість життя і схеми періодизації, що відзначають початок старіння і тривалість його протікання, схильні до помітних змін.

До числа найбільш значущих, глобальних явищ, що спостерігалися в XX столітті, відноситься радикальне (майже в два рази) збільшення тривалості життя. З цим пов'язана зміна поглядів на періодизацію старіння

Нами було розглянуто вікову класифікацію людей похилого вику.

На початку століття німецький фізіолог М.Рубнер запропонував вікову класифікацію, в якій початок старості встановлювалося в 50 років, а поважна старість починалася з 70 років. У 1905 р відомий американський медик В.Аслер стверджував, що 60 років треба вважати граничним віком, після чого старі стають тягарем собі і суспільству. У 1963 р на Міжнародному семінарі ВООЗ з проблем геронтології була прийнята класифікація, що виділяє три хронологічні періоди в пізньому онтогенезі людини: середній вік (45-59 років), похилий вік (60-74 роки), старечий вік (75 років і старше) . В окрему категорію були виділені так звані довгожителі (90 років і старше). Відповідно до останніх даних, вік 60-69 років визначається як передстаречому, 70-79 років - як старечий, 80-89 років - як пізній старечій, 90-99 років - як дряхлість (Крайг, 2000).

Слід, однак, мати на увазі, що будь-яка схема виділення та класифікації еволюціонного, або регресивного, віку досить умовна, оскільки фізіологи ще не мають даних для вичерпної характеристики кожної з перерахованих вище стадій онтогенезу. Прийнято вважати, що регресивні зміни біохімічних, морфологічних і фізіологічних показників статистично корелюють зі збільшенням хронологічного віку. Поряд з цим, як і в дитинстві, при оцінці старіння необхідно розрізняти поняття біологічного і календарного хронологічного віку. Однак оцінка біологічного віку при старінні є однією з дискусійних проблем вікової фізіології.

Визначення біологічного віку вимагає точки відліку, відштовхуючись від якої, можна кількісно і якісно охарактеризувати психосоматичний статус людини. У дитинстві біологічний вік визначають за допомогою поняття статистичної норми, де точкою відліку служать середні групові або популяційні дані, що характеризують рівень розвитку структури або функції в даній вибірці в поточний момент часу. Подібний підхід до оцінки біологічного віку при старінні вельми скрутний, оскільки воно часто ускладнене різноманітними захворюваннями і немає чіткого уявлення про те, як має протікати природне старіння, що не ускладнене хворобами.

Проте, як вказував відомий фізіолог І.О.Аршавский, за біохімічними і фізіологічними параметрами можна визначити середнє значення макси-мального ступеню неврівноважності (потенційної лабільності різних систем організму), характерне для фізіологічно здорових людей в стаціонарному (дорослому) стані, і таким способом придбати точку відліку (І.А. Аршавский, 1975). Відштовхуючись від неї, можна спробу-вати оцінити справжній біологічний вік після завершення стаціонарного періоду. Можливо, що в майбутньому будуть встановлені надійні методи оцінки біологічного віку при старінні. Наприклад, при оцінці електрофізіологічних показників - тимчасових і амплітудних параметрів відповідей кори мозку - отримують криві старіння, які дозволяють оцінити вік за показниками функціонування кори мозку.

Психологія старіння. Людина, як і всі живі істоти, народжується, росте і розвивається, досягає зрілості, а потім поступово починає в'янути, старіє і вмирає. Старіння і старість - нормальне, природне, фізіологічне явище, це певний відрізок онтогенезу.

У літературі існують великі розбіжності у визначенні поняття "похилий вік" і тієї вікової межі, яка знаменує початок старості. У 1970 році на нараді наукової групи ВООЗ була досягнута домовленість вважати 65 років початком похилого віку (old age), хоча переконливого наукового і клінічного обгрунтування для його виділення немає. Відповідно вік в 50-64 роки вважається в геронтології середнім, в 65-74 роки-предстаречеким (літнім), в 75-90 років-старечим.

Більшість клініцистів, і в першу чергу психіатри, розглядають вік в 45-50 років як початок інволюції у людини. Весь інволюційний відрізок онтогенезу ними підрозділяється на три періоди: 45-60 років клімактеричний, пострепродуктивний період; 60-70 років - пресенільний період (літній, передстаречіий вік); 70 і більше років - сеніум (старість).

Фізіологічний і патологічний клімакс. Клімактеричний період у житті жінки пов'язаний з віковою перебудовою гіпоталамічної області (підвищення порогу чутливості до регулюючого впливу статевих гормонів), що призводить до порушення циклічності менструацій і припиненню репродуктивної здатності. Більшість авторів фізіологічним вважають клімакс, що протікає без виражених патологічних симптомів з поступовим згасанням менструальної функції. Патологічний клімакс проявляється дисфункціональними матковими кровотечами і так званим клімактеричним синдромом. Останній, крім вегетативних ( "припливи" жару, пітливість, коливання тиску крові) і ендокринних проявів, включає комплекс психопатологічних порушень. Відбувається своєрідна пере-будова системи відносин особистості. М.Е. Телешевская підкреслює, що навіть колишні раніше активними і енергійними жінки стають в цьому віці недовірливими, тривожними, знижується самооцінка. Умовно-патогенними невротизує факторами стають такі прояви, як зміна зовнішності (сиве волосся, зниження тургору шкіри, поява зморшок). Іноді на перший план виступає наростаюча млявість, пасивність, байдужість до тих сторін життя, які раніше представляли інтерес.

Зазвичай клімактеричний синдром представлений чотирма клінічними варіантами: астенічним, сенесто-іпохондричні, тривожно-депресивним і істеричним. Здатність жінки адаптуватися до всіляких життєвих ситуацій в період клімаксу знижується.

Для періоду інволюції і власне старості, як і для кожного іншого періоду життя людини дитинства, юності, зрілості, характерні вікові особливості, своя вікова норма. Якщо в молодості переважають явища прогресивного розвитку з наростанням можливостей пристосування до навколишнього середовища, то в періоді в'янення і зворотного розвитку (інволюція), навпаки, переважають регресивні явища, що погіршують пристосувальні можливості людини. Важливо відзначити, що хоча процес старіння і супроводжується послабленням гомеостатичсних процесів, але одночасно відбувається і пристосування всіх систем організму до нового рівня життєдіяльності. І.В. Давидовський (1966) цей процес називає особливою інволютивною адаптацією, "що відповідає фізіологічним ресурсів старої людини".[13]

В рамках біологічних підходів до старіння основною проблемою геронтології, яка була сформульована ще А.А. Богомольця (1938), є вивчення старіння організму з метою профілактики його передчасного старечого в'янення. Не всі клітини, тканини, органи і системи організму старіють одночасно і в однаковій мірі, але при цьому процес фізіологічного старіння закономірно гармонійний. Хоча між календарним (віковим) і фактичним (тілесним і психічним) старінням не завжди відзначається збіг (може бути як запізніле, так і передчасне старіння), все ж, в основному, пізній вік визначає старечі зміни в організмі.

Ці зміни самі по собі не є патологією, але при цьому відбуваються складні зміни в будові і функціонуванні всіх систем організму, в тому числі серцевосудинної, ендокринної та нервової. Падає "запас міцності", знижуються реактивні здатності людини. Ці вікові зміни ускладнюють існування старої людини, він страждає від своїх "старечих недуг", відчуває себе дискомфортно.

Історія вивчення причин старіння показує, що з часу зародження меди-цини аж до початку XX століття спостерігалося дві тенденції.

Перша - пояснювати наступ старості поступовою втратою ("витрачанням") якихось речовин або властивостей, які притаманні організму в молодості і приводять, з їх остаточним згасанням, до смерті.

Друга - придбання, накопичення шкідливих впливів, які приводять до незворотних порушень гомеостазу, самоотруєння організму і згасання життя.

У міру розвитку науки змінювалися вихідні теоретичні позиції і способи докази, але ці дві тенденції все одно простежувалися. Наприклад, відома концепція І.І. Мечникова пов'язувала старіння з накопиченням і впливом на організм кишкових токсинів. В подальшому ці ідеї отримали розвиток в аутоімунної теорії старіння, де головне значення надається зниження імунітету по відношенню до накопичування продуктами порушення обміну.

Починаючи з 60-х років, увага дослідників все більше привертає вивчення порушень генетичної інформації клітини як можливої причини передчасного старіння і смерті. Існує навіть думка, що старіння є закономірним, генетично запрограмованим процесом, логічним наслідком зростання і дозрівання клітин (теорія "Програмування" старіння, біологічних "годин"). Відповідно до так званого "феноменом Хайфа-лику" (можливості числа поділів клітини обмежені) передбачається, що саме гени "відключають" механізми, які відповідальні за точність при відтворенні клітини. Вважають, що в популяціях з відносно великим числом довгожителів, раніше спостерігалася висока смертність немовлят, що і сприяло генетичному закріпленню в поколіннях перспектив довголіття.

Психологічні підходи до старості описують психологічні аспекти старіння. Власне психічні зміни, що спостерігаються в процесі старіння, пов'язані з процесами інволюції в центральній нервовій системі. На швидкість їх виникнення та особливості проявів істотно впливає вся біологічна і психосоціальна історія попередніх періодів життя, вроджені особливості, набуті особисті якості, психічні та соціальні характеристики, що становлять життєвий досвід даної людини, перенесені захворювання, травми і т.д. Тому, поряд з властивими старіння загальними змінами психічних функцій, психіку старіння у кожної людини має і свої індивідуальні прояви кожен старіє по-своєму. Не випадково кажуть, що на перебіг процесу старіння істотний вплив роблять і уявлення самої людини про те, що є старість і як вона повинна протікати.

Серед ознак старіння психіки найбільш загальною властивістю є зниження активності і уповільнення всіх психічних процесів. Повільність стосується як простих сенсорних функцій (зір, слух, смак, дотик), так і більш складних: психомоторики, сприйняття нового, запам'ятовування. Сповільнюються всі поведінкові реакції, включаючи здатність до адаптації в мінливих умовах. У процесах уповільнення головну роль відіграють морфофункціональні зміни в нервовій системі, що характеризуються підвищенням порога збудження в нервових клітинах і волокнах.

Крім цього, в процесах уповільнення певну роль відіграють і психологічні чинники: настрій, установка особистості на виконання завдання, несподіване розв'язання задачі, її складність.

Зниження функції пам'яті, асоційоване зі старінням як одним з найбільш частих його ознак, спостерігається не у всіх старих людей. Забування більшого поширення набуває на матеріал, не організований за змістом, тобто більше страждає механічна пам'ять. Одночасно порушення діяльності в логіко-смислової пам'яті відображаються переважно на запам'ятовуванні найбільш складних і рідше вживаються логіко-смислові структури.

Щодо старіння емоційної сфери існує думка, що виявляються біохімічні зрушення у літніх людей (зниження активності норадреналіні серотонінергічних систем з ростом рівня адреналіну в тканинах) привертають в міру старіння до більш частої появи депресивного і тривожного настрою. З іншого боку, на стан емоційної сфери велике значення надає соціальна сторона життя літньої людини. В цьому відношенні збитковими для особистості є переживання втрати колишніх соціальних ролей, зменшення доходів, обмеження соціальних контактів. Все це сприяє розвитку тривоги, невпевненості, зосередження інтересів на здоров'я і суто особистих життєвих проблемах. Звідси підвищена увага до свого здоров'я, прагнення до самоаналізу і лікування, побоювання бідності і підвищене почуття ощадливості старих людей. Невпевненість в сукупності зі зниженням фізичного потенціалу і психосоціальними факторами старіння сприяє розвитку помисливості, тривожності і схильності до сумного настрою у більшості старих людей.

У літературі описується також своєрідний емоційний стан людей похилого віку, позначене як віково-ситуативна депресія (Шахматов Н.Ф., 1996). Вона характеризується послабленням афективного тонусу, замедленностью і відставленью афективних реакцій; при цьому особа старого людини обмежена в можливостях передати душевні емоційні руху. Люди похилого віку можуть повідомити про почуття порожнечі навколишнього життя, її суєтності і непотрібності. Цікаве і сповнене сенсу було тільки життя в минулому, але вона ніколи не повернеться. Всі ці переживання сприймаються людьми похилого віку як звичайні і не носять хворобливого характеру. Вони є як би результатом переосмислення життя і мають адаптивну цінність, оскільки захищають людину від прагнень, боротьби і від сполученого з ним хвилювання, яке вкрай небезпечно для людей похилого віку. Дослідження американських психологів показали, що тенденція до необґрунтованого, що не підкріпленому серйозними інтересами і підставами оптимізму, має негативний вплив на тривалість життя в старості (KalishR., 1979) [17].

Характерні особливості розумової та пізнавальної діяльності старіючих і старих людей. У них поступово знижується гострота і швидкість сприйняття, слабшають параметри уваги, погіршується пам'ять. Все це "перед-умови" власне інтелектуальних здібностей, і в їх поліпшенні полягають приховані резерви підвищення пізнавальної діяльності літніх людей. Власне розумова діяльність, тобто здатність до аналізу і синтезу, процесу освіти понять, суджень і умовиводів, довго є збереженою в пізньому віці. Однак темп психічної активності, розумова працездатність з віком знижується.

Мотивація пізнавальної активності зазнає також зміни в бік заниження інтересу до нового і пожвавлення, перебільшеного інтересу до минулого. Цим може пояснюватися негативна установка до пізнання нового, актуального і одночасно зростання консерватизму мислення і поглядів.

Довге збереження звичної професійної діяльності у багатьох літніх людей знаходить пояснення в тому, що не дивлячись на те що у старих людей знижується здатність до засвоєння нового і здатність до адаптації, тривалий час не порушені функції оперування накопиченими в процесі життя знаннями. Лише з пред'явленням нових і підвищеної складності завдань, з порушенням звичних стереотипів розумової діяльності можуть наступити її занепад і психічна декомпенсація. Творче мислення і творчі здібності з віком у більшості людей знижуються, хоча в історії відомо багато випадків їх повного збереження до глибокої старості.

Характерологічні зміни, властиві нормальному старіння, можна розглядати як відбуваються за рахунок продовження посилення властивих людям в більш молодому віці рис в сукупності зі змінами, що приноситься самим процесом старіння. Так, деякі люди з тривожно-недовірливими рисами стають ще більш недовірливими, тривожними і підозрілими, у розважливих розвиваються дріб'язковість і скупість, що доходять при акцентуації до постійного страху бути обкраденим, виявитися жебраком. Принциповість і твердість установок часто перетворюються в непримиренність до поглядів оточуючих, породжують "війну поколінь", конфлікти з оточуючими. Емоційна нестриманість загострюється до ступеня вибуховості, нерідко - повної втрати контролю над емоційними реакціями. Сенсійність може переростати в стійке відчуття заниженої самооцінки, а при загостренні проявляється в депресивному тлі настрої, в переживаннях шкоди, відносини і переслідування за типом надцінних ідей.

В силу соматичних недуг і хвороб, притаманних старіння, а також умов, що сприяють "догляду в себе", старі люди більше зосереджені на стані здоров'я, стають іпохондрічними, багато часу приділяють медичним обстеженням, візитам до лікарів, в їх інтересах всі це набуває домінуюче значення. У зв'язку з цим "відносини" старих з медициною стають особливою етико-деонтологічною проблемою. В силу погіршення здоров'я, підозрілості, тривожності, невпевненості в майбутньому і зниження життєвої і соціальної перспективи старі люди більше схильні до панічних настроїв, важче пристосовуються до змін особистої та суспільної ситуації, часто при цьому настає тимчасова декомпенсація психічної діяльності (наприклад, депресії при зміні звичних умов , зокрема квартирних, при появі в сім'ї нових членів, при виході на пенсію і т.д.).

Поряд із зазначеними збитковими зрушеннями характеру, у багатьох людей в старості спостерігаються і позитивні зміни. Можна нерідко спостерігати умиротворення, відхід від дріб'язкових інтересів життя до осмислення головних цінностей, адекватну переоцінку своїх бажань і можливостей, згладжування суперечливих рис характеру. Розглядаючи зміни характеру в старості, не можна, мабуть, строго розмежувати зазначені тенденції, бо у однієї і тієїж людини можуть спостерігатися як негативні, так і позитивні зміни.

Відомий психолог Еріксон для періоду життя в 60-70 років виділяє головну психологічну тему-тему єдності, тобто здатності поглянути на минуле життя з задоволенням. Якщо життя приносило задоволення і людина досягла почуття єдності з собою та іншими людьми, то старість буде щасливою часом. У міру того як коротшає майбутнє, людина частіше звертається до минулого, переглядаючи своє життя, нерідко з мудрістю, що дозволяє надати інше, більше значення епізодами і ситуацій його життя.[21]

Соціологічні підходи до вивчення старості і старіння концентрують увагу на положенні людину похилого віку в суспільстві, місця його в соціумі. Фізичне, психічне, соціальне і економічне благополуччя і здоров'я у літніх людей взаємопов'язані тісніше, ніж в молодших вікових групах, що обумовлює необхідність в їх комбінованої оцінки. Особливе значення при цьому надається взаєминам старої людини з його найближчим оточенням. При існуючій сповільненості і психосоціальної інтровертированності, труднощі адаптації до змін у літніх людей створюються умови для розвитку ригідності і консерватизму суджень, недооцінки досвіду нових поколінь і ідеалізація власного досвіду. Це призводить до непорозумінь і конфліктів з молодими, порушення стосунків у сім'ї. Нерозуміння психо-логічних особливостей старих людей молодшими членами сім'ї посилює розрив і нерідко призводить до соціальної ізоляції людей похилого віку в сім'ї, що становить небезпеку їх психічної декомпенсації. Навпаки, добро-зичлива мікросоціальна атмосфера сприяє збереженню психічного здоров'я, самооцінки, гідності та позитивних соціальних установок і поглядів старих людей.

Медико-психологічні аспекти старіння різноманітні і не обмежуються відхиленнями від "нормативної" лінії психологічного старіння, обумовленої фізіобіологічними факторами.

Важливе значення при цьому надається і суб'єктивній оцінці людиною відбувающимися з нею змінами. За спостереженнями психіатра-геронтолога А.У. Тібілова (1991), існують три типи норми вікових змін особистості в похилому віці. В основі їх відмінностей лежить фактор суб'єктивної оцінки відбуваються з віком психофізіологічних можливостей і соціальних втрат.[24]

Перший тип - тип адекватного самосприйняття з розумінням збиткових змін: підвищеної тривожності, незадоволеності своїми можливостями, розумінням невідворотності посилення недуг і прагненням "себе забезпечити", консерватизмом поглядів і ригідністю суджень, інтересів.

Другий тип - гіпертрофоване сприйняття змін, що зазнають з віком, в психічної, фізичної і соціальної сферах, що проявляється сумним настроєм, почуттям неповернення життєвих втрат, "замиканням" інтересів на питаннях здоров'я, соціального і матеріального благополуччя, розвитком іпохондричності, тривожності і в цілому – інтровертированності.

Третій тип - полярний попереднього, характеризується суб'єктивною недооцінкою вікових змін, дещо перебільшеним поданням про свої здібності поряд з недооцінкою знижених можливостей.

Другий і третій типи при наростаючому загостренні представляються межують з акцентуацією особистості відповідно по типу депресії і гіпоманії. При патологічної старості ці та всі інші особливості змін психіки в похилому віці набувають перебільшено загострений характер. У старих людей частіше, ніж у молодих, стирається грань між нормою і патологією. Внаслідок підвищення чутливості, зниження реактивності і падіння витривалості до різних подразників і стрес-факторам навіть незначні, зазвичай непатогенні фізичні і психічні подразники можуть вести у людей в пізньому віці до дезорганізації гомеостазу, до декомпенсації і захворювань. У походження і структурі психічних розладів у людей похилого віку в значно більшому ступені, ніж у молодих, нечіткі межі між психогенним і соматогенних, функціональним і органічним, локальним і общецеребральним. Різні неприємні переживання, навіть не дуже важкі, можуть вести не тільки до невротичних і реактивнопсихотичними станів, але і до розладів ясності свідомості, "сплутаність". Порушення психіки у старих людей легко виникають і при відносно не дуже важких соматичних захворюваннях.

Періодизації старості та вікові кризи старості У світлі викладеного раніше, дуже складною є проблема виділення границь старості. Один з основоположників вітчизняної геронтології І.В. Давидовський категорично заявляв, що ніяких календарних дат настання старості не існує. Вчені різних спеціальностей (антропологи, геронтологи, психологи) мають різні точки зору на періодизацію людського життя та віковий відлік старіння, але більшість емпірично вибирають вік 60-65 років як початок старості. Звичайно, коли говорять про старих людей, керуються віком виходу на пенсію, але останній далеко не однаковий у різних країнах, для різних професійних груп, чоловіків і жінок.

На думку ВООЗ (Всесвітньої організації охорони здоров'я), більш зручним є термін "старіючі", що вказує на поступовий і безперервний процес, а не на певну й завжди довільно встановлювану вікову границю. Отже, відповідно до класифікації Європейського регіонального бюро ВООЗ літній вік триває в чоловіків з 61 до 74 років, у жінок – з 55 до 74 років, з 75 років наступає старість. Люди старше 90 років вважаються довгожителями, 65-літній рубіж нерідко виділяється особливо, тому що в багатьох країнах це вік виходу на пенсію. Відомий геронтолог М.Ф. Шахматов розробляв підхід до старіння з позицій біологічних закономірностей і тенденцій, відповідно до якого психологічне старіння є результатом деструктивних змін у вищих відділах центральної нервової системи. Він прагнув довести, що старіння – закономірний результат віково-деструктивних змін в органах та системах органів у ході онтогенезу, що приводить до старості, але він має яскраво виражений індивідуальний характер.

Місце та час виникнення, зона розповсюдження, швидкість прогресування визначають різні варіанти психічного старінні та тривалість життя. Тому навіть з біологічної точки зору важко визначити певну дату настання старості. Біологічний вік не може розглядатися як якась дотична соціальному, не сполучена з ним паралель. Тому психологічний аспект старіння М.Д. Александрова розглядає стосовно сенсорноперцептивної та інтелектуальної сфер, характеристик особистості, динаміки творчої продуктивності. Крім того, на думку багатьох авторів, при визначенні літнього віку найбільш істотною ознакою є соціально-економічний "поріг" – вихід на пенсію, зміни джерел доходів, зміна соціального статусу, звуження кола соціальних ролей.

В. Бернсайд розбив пізню дорослість на 4 десятиліття, проаналізувавши відмінні риси кожного періоду:

1) передстаречий період (60-69 років). Це важливий перехідний період, період пристосування до нової рольової структури. Зменшуються доходи, стає все менше друзів і колег. Знижуються очікування суспільства, звідси багато хто реагує на це зниженням темпу життя, незважаючи на те, що такі люди ще є здоровими та повними сил. Фізична сила трохи знижується, хоча більшість людей цього віку мають достатньо енергії й постійно шукають сфери її застосування. Ця вікова група дуже відрізняється за часом виходу на пенсію, що залежить як від фізичних факторів (здоров'я), так і від особистісних (мотивація) та соціальних (добробут, положення в суспільстві) тощо;

2) старечий період (70-79 років). Багато хто стикається із втратами й хворобами. Звужується коло спілкування й участь у формальних організаціях. Головне завдання цього періоду – зберегти реінтеграцію особистості, досягнуту в минуле десятиліття. Багато хто зберігає активність;

3) пізньостаречий період (80-89 років). Це період переходу від настання старості до її фіналу. Його характеризують як "поступовий процес, що починається в той день, коли людина починає жити спогадами". Більшості старих стає сутужніше пристосовуватися до навколишнього світу, вони не можуть самостійно підтримувати соціальні й культурні контакти. Їм потрібні більш прості умови життя з мінімумом побутових проблем, що поєднують самотність із зовнішніми стимулами;

4) старезність (90 років і старше). Якщо проблеми попередніх років були успішно вирішені, цей час наповнений радістю, спокоєм і почуттям задоволення. Незважаючи на те, що проблеми зі здоров'ям все збільшуються, люди цього віку знаходять собі посильні заняття. Їхня діяльність має такі переваги, як відсутність напруження й тягаря відповідальності, пов'язаних з роботою.

Д.Б. Бромлей розділив цикл старіння на три стадії: відхід від справ (65-70 років), старість (70-90 років), старезність, хвороблива старість та смерть (старше 90 років). Старість цей автор характеризує таким чином: повна незайнятість, відсутність будь-яких ролей, крім сімейних, соціальна ізоляція, яка зростає, поступове зменшення кола близьких людей, особливо однолітків, фізична та розумова недостатність.

Дж. Біррен виділяє два періоди: пізня зрілість (50-75 років) і старість (від 75 років).

Сучасна геронтологія використовує поняття "молоді" та "літні" ("глибокі") старі. Їх ще називають "третім" та "четвертим" віком у житті людини (перші два – це дитинство та дорослість).

Границею переходу від третього до четвертого віку вважається 75-80 років. Розрізнення тут базується на застосуванні функціонального критерію – можливості для старої людини вести активне та незалежне життя та не мати потреби у сторонньому догляді. Психологічні ж критерії періодизації пізнього віку поки не розроблені. Вирішення цього питання багато в чому пов'язане з дискусією про життєві завдання старості та сутність криз пізнього періоду. Вікова криза – це нормативний перехід у віковому розвитку до нового, якісно специфічного етапу. Перш за все вікові кризи обумовлені руйнуванням звичної ситуації і виникненням іншої, яка більше відповідає новому віковому психологічному рівню.

Всі вікові кризи пов'язані з пошуком смислу життя ("Навіщо я живу?", "Для кого я живу" тощо). Інша характерна їх риса – проблема особистісної свободи, боротьба за неї. Криза в житті – це завжди певні проблеми. Особливо неприємними вони стають тоді, коли людина не виходить із криз, а накопичує їх. Але криза – це не тупик, це деякі протиріччя, які виникають в особистості. Тому їх можна пом'якшити, а деяких навіть уникнути.

Найбільш глибокі вікові кризи пізнього віку: клімакс, вихід на пенсію та так звана "вузликова криза".

Клімакс – вікова психофізіологічна криза. І для жінок, і для чоловіків сексуальна активність в кожному віці є базовою потребою особистості. І кожне порушення у цій сфері викликає серйозні переживання.

Тому клімактеричний період – один з критичних у житті людини. Клімакс – перехідний період, в який зупиняється репродуктивна функція. Це фізіологічний процес, не пов'язаний з певним строком. При цьому відомо, що для жінок цей період наступає значно раніше (оскільки він є своєрідним захисним механізмом для організму, що старіє від вже непосильного для нього навантаження, пов'язаного з вагітністю та пологами). Але це не означає, що такий процес не відбувається у чоловіків, хоча, безумовно, є суттєві статеві відмінності у його протіканні.

Жіноче старіння часто супроводжується "маскулінізацією": огрубіння голосу, рис обличчя, зміни фігури, ходи, жестів, поява во- 53 лосся на обличчі та тенденція до облисіння. Однак ці процеси не є обов'язковими і суттєво варіюють індивідуально, так само як і психологічні їх прояви. Для одних жінок клімакс пов'язаний з фізичною та психічною слабкістю, емоційною лабільністю, станом тривоги та страху, схильністю до частих скарг на погане самопочуття, актуалізацією минулих негативних переживань (образи, ревнощі тощо). Інші демонструють песимізм, відчуженість, млявість, байдужість тощо.

У чоловіків зів'янення є менш чітким і розтягнутим на довший термін, але більш глобальним, приводить до старіння всього організму. Чоловіки довше зберігають репродуктивні функції і мають більш молодий вигляд, але у них більше виражені склеротичні процеси, вище біологічний вік, а загальні життєві шанси є нижчими. До того ж, чоловіки живуть менше жінок. Вихід на пенсію. Початок пенсійного періоду часто розглядають як кризовий період у житті людини.

Значна зміна життєвої ситуації пов'язана як із зовнішніми факторами (поява вільного часу, зміна соціального статусу), так і з внутрішніми (усвідомлення вікового зниження фізичної і психічної сили, залежне положення в сім'ї та суспільстві). Ці зміни вимагають від людини переосмислення цінностей, ставлення до себе та навколишнього світу, пошуку шляхів реалізації активності.

Для одних цей процес відбувається довго, болюче, супроводжується неприємними переживаннями, пасивністю, невмінням знайти нові заняття і контакти. Інша категорія пенсіонерів, навпаки, адаптується швидко, не драматизує ситуацію і повністю використовує збільшення вільного часу.

Одна з причин пенсійної кризи – втрата моделей щоденної поведінки, що може спровокувати агресію та аутоагресію.

Особливо відчутними негативні зміни будуть у випадку примусового або несподіваного виходу на пенсію, оскільки в цьому випадку у людини не було часу для адаптації, для "приміряння" нових ролей. Багато пенсіонерів і після виходу на пенсію продовжують працювати. Таке бажання зазвичай викликане або потребою у звичній зайнятості, або матеріальними міркуваннями. Деякі люди продовжують працювати з остраху втратити соціальне положення, для декого провідним є небажання розлучатись з улюбленою справою. Вдалі варіанти життєвого устрою після виходу на пенсію, як відмічають геронтологи та психологи, визначаються не стільки позитивними зовнішніми умовами, скільки особистими установками, "умінням будувати своє життя". Велике значення тут має багатогранність інтересів людини – чим ширше їх коло, тим легшим виявляється перехід до пенсійного життя. Питання про те, чим же насправді є вихід на пенсію – шляхом до звільнення та свободи чи початком періоду втрат, –для кожної людини похилого віку вирішується індивідуально.

Суттєвими факторами такої адаптації є психологічна підготовка до виходу на пенсію, загальна активність, вміння організувати свій час та сімейна ситуація. "Вузликова криза" – остання вікова криза. Це період, коли людина збирає речі у вузлик ("на смерть"). Він не має часових меж і чітких поведінкових характеристик. Одні люди дозволяють собі в цей період дуже багато, прагнучи надолужити те, чого у них не було раніше (пізнє кохання, творчість, необмежена свобода – "як в останній раз"). Інші ж діють навпаки.

Геронтологи вважають, що фізичне і психологічне старіння залежить від особистісних якостей людини та від того, як вона прожила своє життя. Г. Руффін умовно виділив три види старості: щаслива, нещаслива і психопатологічна. Ю.І. Поліщук, дослідивши 75 чоловік у віці від 73 до 92 років, з'ясував, що як нещасну свою старість оцінили 71 % респондентів; 21 % склали особи з психопатологічною старістю і лише 8 % переживали щасливу старість. Такий тип старості наступає у гармонійних особистостей із сильним, врівноваженим типом нервової діяльності, які довго займались інтелектуальним трудом і продовжили це заняття і після виходу на пенсію. Нещаслива старість частіше буває в осіб з рисами тривожної недовірливості, сенситивності, наявністю соматичних захворювань. Для них характерною є втрата сенсу життя, почуття самотності, безпомічності, постійні роздуми про смерть як про звільнення від страждань, можливі суїцидальні наміри та звернення до евтаназії. Психопатологічна старість пов'язана з виникненням неврозів, нав'язливих ідей. В кожний віковий період у житті людини можливим є виникнення кризи, в основі якої лежать специфічні для даного віку психологічні та фрустровані потреби. Вихід же з кризи є складним та неоднозначним, оскільки він детермінований соціальноекономічними, культурними, релігійними факторами, а також сімейними традиціями та індивідуальними життєвим досвідом.

* 1. **Соціальний статус людини в старості**

Зміна соціального статусу людини в старості, викликане насамперед припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів, самого способу життя і спілкування, а також виникненням різних утруднень як у соціально-побутовій, так і в психологічній адаптації до нових умов, диктує необхідність вироблення і реалізації специфічних підходів, форм і методів соціальної роботи з літніми людьми.

Тенденція зростання чисельності людей похилого віку вимагає корінної зміни соціальної політики щодо цієї, найбільш соціально незахищеної категорії суспільства.

У організації соціальної роботи з літніми людьми необхідно враховувати всю специфіку їхнього соціального статусу не тільки в цілому, але і кожної людини окремо, їх потреби, потреби, біологічні та соціальні можливості, визначені регіональні й інші особливості життєдіяльності.

Слід відзначити, що до проблеми старості і її визначення, вчені і практики підходили і підходять з різних точок зору біологічної, фізіологічної, психологічної, функціональної, хронологічної, соціологічної та інших. А звідси і специфіка вирішення проблем суспільного і соціального стану, ролі і місця в родині, а організації соціального забезпечення і обслуговування, соціальної реабілітації, соціального піклування над людьми похилого віку і так далі. Не можна забувати і про те, що процес старіння в окремих груп населення та індивідів відбувається далеко неоднаково.

Таким чином, характеризуючи категорію людей похилого віку як соціальну або вірніше, як соціально-демографічну, необхідно приймати до уваги вікові особливості всередині змий групи людей.

Як відомо, на практиці людьми похилого віку звичайно вважають людей, що вийшли на пенсію. Однак - це мірило не може бути універсальним, бо пенсійний вік в різних країнах різний. Разом з тим, жінки, як правило, йдуть на пенсію раніше чоловіків.

Старіння населення є однією з глобальних проблем сучасного світу. Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров´я до людей похилого віку належить населення віком від 60 до 74 років, до старого —від 75 до 89, а до довгожителів — 90 років і старше. Соціологи називають ці періоди життя людей "третім віком", а демографи вводять поняття "третього" (60—75 років) і "четвертого" (понад 75 років) віків.

У розвинутих країнах, де процес старіння громадян проходить як мінімум протягом трьох десятиліть, частка осіб похилого віку становить від 15 до 20 %. У країнах, що розвиваються, простежується зниження народжуваності та початок активного старіння населення.

Практика свідчить про те, що літні - це дуже різні люди. Серед них є здорові і хворі; проживають в сім'ях і самотні; задоволені відходом на пенсію і життям і нещасливі, зневірені в житті; малоактивні домосіди і життєрадісні, оптимістично налаштовані люди, які займаються спортом, провідні активний спосіб життя і так далі.

Тому для того, щоб успішно працювати з людьми похилого віку, соціальному працівникові потрібно знати їх соціально-економічне положення, особливості характеру, матеріальні і духовні потреби, стан здоров'я, бути добре обізнаним про досягненням науки і практики в цьому напрямку. Зміна соціального статусу людини в старості, як показує практика, насамперед негативно позначається на його моральному і матеріальному становищі, негативно впливає на психічний стан, знижує його опірність до захворювань і адаптацію до змін навколишнього середовища.

З переходом у категорію людей похилого віку. пенсіонерів, найчастіше докорінно змінюється не тільки взаємини людини і суспільства, а й такі ціннісні орієнтири, як сенс життя, щастя, добро і зло та інше. Змінюється і сам спосіб життя, розпорядок дня, цілі і завдання, коло спілкування.

З віком змінюється ціннісна ієрархія самооцінок. Літні люди приділяють менше уваги своїй зовнішності, зате більше - внутрішньому і фізичному Станом. Змінюється часова перспектива літніх людей. Відхід у минуле типовий лише для глибоких старих, інші більше думають і говорять про майбутнє. У свідомості літньої людини найближче майбутнє починає переважати над віддаленим, коротше стають особисті життєві перспективи. Ближче до старості час здається більш швидкоплинним, але менш заповненим різними подіями. При цьому люди, які беруть активну участь у житті, приділяють більше уваги майбутньому, а пасивні - минулому. Перші, тому, більш оптимістичні і більше вірять у майбутнє.

Але вік все-таки є вік. Старість приносить із собою і зміну звичних життєвих стандартів, і хвороби, і важкі душевні переживання. Літні люди опиняються на узбіччі життя. Мова йде не тільки і не стільки про матеріальних труднощів (хоча і вони відіграють істотну роль), скільки про труднощі психологічного характеру. Вихід на пенсію, втрата близьких і друзів, хвороби, звуження кола спілкування і сфер діяльності - все це веде до збіднення життя, відходу з неї позитивних емоцій, почуттю самітності і непотрібності. Ситуація, однак, така, що з ростом тривалості життя і зниженням народжуваності значну частину населення складають люди літнього віку і, отже, є необхідність спеціальної організації допомоги літній людині.

Процес старіння окремих груп населення й індивідів відбувається далеко неоднаково.

Таким чином, характеризуючи категорію людей похилого віку як соціальну або вірніше, як соціально-демографічну, необхідно приймати в увагу вікові особливості усередині самої групи людей.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації Охорони здоров'я до літнього віку відноситься населення у віці від 60 до 74 років, від 75 до 89 років - до старого, а 90 років і більше - до довгожителів.

Як відомо, на практиці людьми похилого віку звичайно вважають людей, що вийшли на пенсію. Однак, це мірило не може бути універсальним, тому що пенсійний вік у різних країнах різний. Разом з тим, жінки, як правило, ідуть на пенсію раніш чоловіків. Так, у нашій країні, вони мають право одержувати пенсію по старості з 55 років, тоді як чоловіка - з 60 років. Проте , у переважній більшості країн світу до людям похилого віку відносять громадян у віці 60 років і більше.

Для соціального працівника надзвичайно важливе значення має також цілий ряд факторів соціального і психологічного характеру, зв'язаних з образом і рівнем життя людей похилого віку, положенням у родині, можливістю і бажанням трудитися, станом здоров'я, соціально-побутовими умовами й ін.

Літні - це дуже різні люди. Серед них є здорові і хворі; проживаючі в родинах і самотні; задоволені відходом на пенсію і життям і нещасливі, зневірені в житті; малоактивні домосіди і життєрадісні, оптимістично набудовані люди, що займаються спортом, що ведуть активний спосіб життя і т.д.

Тому для того, щоб успішно працювати з людьми похилого віку, соціальному працівникові потрібно знати їхнє соціально-економічне положення, особливості характеру, матеріальні і духовні потреби, стан здоров'я, бути добре обізнаним про досягнення науки і практики в цьому напрямку. Зміна соціального статусу людини в старості, як показує практика, насамперед , негативно позначається на його моральному і матеріальному становищі, негативно впливає на психічний стан, знижує його опірність до захворювань і адаптацію до змін навколишнього середовища.

З переходом у категорію людей похилого віку, пенсіонерів, найчастіше докорінно змінюються не тільки взаємини людини і суспільства, але і такі ціннісні орієнтири, як сенс життя, щастя, добро і зло й ін. Міняється і сам спосіб життя, розпорядок дня, коло спілкування.

З віком змінюється ціннісна ієрархія самооцінки. Люди похилого віку приділяють менше увагу своєї зовнішності, зате більше - внутрішньому і фізичному станові. Міняється тимчасова перспектива людей похилого віку.

Відхід у минуле типовий лише для глибоких старих, інші більше думають і говорять про майбутнє. У свідомості літньої людини найближче майбутнє починає переважати над віддаленим, коротше стають життєві особисті перспективи. Ближче до старості час здається більш скороминучим, але менш заповненим різними подіями. При цьому, люди, що активно беруть участь у житті, приділяють більше увагу майбутньому, а минулому. Перші, тому, більш оптимістичні і більше вірять у майбутнє.

Передбачення старості в уяві часто буває хворобливіше, ніж реальність. Так, В.В.Вересаєв, у юності дуже боявся постаріти, на схилі років писав, що страх цей був даремний, а природна мудрість компенсувала неминучі втрати. З віком з'являється думка про підвищення цінності життя [3].

Необхідно враховувати особливості, що визначаються, принаймні , двома характерними рисами стилю життя людей похилого віку.

Як правило, життя літньої людини не багатє різноманітними подіями. Однак ці події заповнюють собою всі його індивідуальний простір і час. Так, прихід лікаря - це подія, що може заповнити весь день. Похід у магазин теж подія, до якого передує ретельна підготовка. Іншими словами, відбувається гіпертрофірованість, "розтягування" подій. Подія, що сприймається молодими як незначний епізод, для старої людини стає справою цілого дня. Крім "розтягнутості" подій заповнювання життя може здійснюватися шляхом гіпертрофинности якої-небудь однієї сфери життєдіяльності [7].

Друга особливість визначається своєрідним відчуттям часу. По-перше, літня людина завжди живе в сьогоденні. Його минуле також присутнє в сьогоденні - звідси запасливість, ощадливість, обережність людей похилого віку. Вони як би консервуються в сиюминутности, причому такому збереженню піддається і духовний світ, його цінності.

По-друге, рух часу в літньому віці сповільнюється і стає більш плавним.

Ми торкнулися тут психологічних проблем, але головної, напевно, є, як справедливо назвав неї Б.З. Вульфов "драма незатребуваності".

* 1. **Поняття і сутність соціальної геронтології**

Геронтологія - наука про старість. Геронтологія підрозділяється на фундаментальну геронтологію, соціальну геронтологію і геріатрію. Сьогодні можна виділити трохи найважливіших стратегічні напрямки розвитку геронтології:

Соціальна геронтологія як розділ геронтології –це суспільна дисципліна покликана вирішувати демографічні та соціально-економічні проблеми старіння населення [1].

Соціальна геронтологія вивчає біологічні процеси старіння людини з метою відшукати соціальні можливості для збереження тілесної і духовної значимості, притаманні літньому та старечому вікові.

Термін “соціальна геронтологія” був уперше вжитий американським вченим Е. Стігліцем у кінці 40-х років минулого століття. На початку 60-х р. м.ст. соціальна геронтологія отримала визначення як самостійна наукова дисципліна [18].

У соціальному аспекті геронтологія вивчає:

- індивідуальні переживання старих людей;

- місце і становище їх у суспільстві;

- соціальну політику стосовно старих людей.

Соціальна геронтологія має ще один важливий аспект своєї діяльності –соціальну роботу, зміст якої полягає у наступному:

* надання практичної допомоги літнім і старим людям, сім’ям та групам осіб старечого віку з низьким рівнем достатку та порушеними соціальними контактами.
* соціальна реабілітація (процес відновлення основних соціальних функцій) літніх і старих людей, створення умов, які підвищують їхню соціальну активність. [7].
* проведення соціальних експериментів з метою отримання результатів і створення банку даних для покращення життєвих умов та матеріального благополуччя старих людей.

Соціальна геронтологія займається проблемами підвищення якості життя старих людей, розвитку для них служб здоров’я, створення такого життя, щоб у ньому знайшлося гідне місце для старих людей.

Одна із перших соціальних теорій старіння була запропонована американськими психологами Каммінзом та Генрі у 1961 році. Це теорія звільнення, роз’єднання.

Теорія активності. Її прибічники вважають, що в середньому віці, при нормальному старіння, повинні підтримуватись соціальні контакти та активність.

Теорія розвитку і неперервності життєвого шляху. Із позицій даної теорії, для адекватного розуміння життя старої людини необхідно знати специфіку її попередніх життєвих етапів, тобто зміст усього життєвого шляху, який передував старості [18].

Теорія маргінальності подає старість як стан девіантності. Представники старшого покоління безкорисні, маргінальні, ті, що втратили попередні можливості, впевненість у собі і почуття соціальної та психологічної незалежності.

Теорія вікової стратифікації. Прихильники даної теорії розглядають суспільство як сукупність вікових груп, які мають обумовлені віком відомості у здібностях, рольових функціях, правах та звичках, т. б. суспільство розділене у віковому та соціальному відношенні.

Значимою характеристикою старості є соціальний статус –показник становища людини в соціальній ієрархії суспільства [22].

Він включає в себе:

* стать;
* професію та становище;
* календарний вік.

Соціальний статус старої людини визначається у першу чергу:

* її професійною активністю, індивідуальними можливостями;
* інтересами поза межами трудової діяльності;
* фізичною активністю, яка відповідає стану здоров’я;
* умовами і способом життя.

Соціальне довголіття являє собою збільшення виживання і середньої тривалості життя у даній популяції, у певний час, у конкретних суспільних, економічних та соціальних умовах.

Індивідуальне довголіття ґрунтується на біологічних особливостях певних індивідів і не залежить від життєвого шляху та соціального статусу.

На думку більшості демографів загальний характер старіння населення знаходиться у прямій залежності від рівня суспільно-політичного розвитку і за своєю природою є прогресивним процесом. Він притаманний тільки нашому часові і має серйозні демографічні, економічні, психологічні, культурні і медичні наслідки. Змінилась вікова структура населення і процеси природного руху –народження і смерті [1].

Висловлювалась думка, що старіння населення є причиною соціальних конфліктів, оскільки з економічної точки зору старі люди являють для суспільства тягар, причому затрати на їхнє утримання постійно збільшуються (теорія Стігліца) ще в 1949 році особливе незадоволення викликала та обставина, що “сучасна цивілізація дозволяє слабким людям дозріти до літніх років”, у результаті “мільйони таких старих створюють небезпеку для виживання найбільш здібних”. Він вбачав у цьому порушення законів природи, розцінюючи “потурання” суспільства старим людям як “дороговартуюче рицарство”. Саме недомагання та хвороби старих людей, на його думку, є причиною “бюджетної асиметрії” та економічних труднощів.

Проте таке ставлення до людей, які ще вчора створювали матеріальні та духовні цінності, є дуже цинічним та жорстоким. Заявляючи про те, що ці люди є тягарем для суспільства, сучасні політики і державні діячі повинні пам’ятати, що вони таким чином оцінюють своїх батьків, котрі забезпечили їм можливість отримати освіту і, кінець-кінців, дали їм життя.

Кожна працююча людина рік за роком створює значно більше ніж споживає. З першої хвилини трудової діяльності людина починає повертати свій борг за роки довиробничого віку. Вже у віці 30-35 років людина (працююча) 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 пенсії і безкоштовної охорони здоров’я.

* 1. **Соціологічне моделювання соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах**

Для дослідження використовуватимемо феноменологічну парадигму. Суть цієї парадигми полягає утому, щоб осмислити соціальний світ у його суто людському бутті, з уявленнями, мотивами і цілями індивідів, які діють у цьому світі. Суспільство у цій концепції — це явище, яке постійно створюється й відтворюється у процесі духовної взаємодії людей [31]. Представниками феноменологічної соціології є Едмунд Гуссерль, Макс Шелер, Альфред Шюц та ін. Ми ж візьмемо до уваги як основу теорію Альфреда Шютца.

Аналізуючи процес адаптації в контексті концепції А. Шюца, відзначимо наступні моменти:

1. Кожен індивід по-своєму інтерпретує світ, сприймаючи його на свій лад, але запас знання здорового глузду дозволяє розуміти дії інших хоча б частково.

2. Феноменологу немає справи до самих об'єктів. Його цікавить їх значення, конструювання діяльністю нашого розуму. Не реальні соціальні об'єкти стають предметом йогоаналізу, а редуковані об'єкти, як вони є в потоці свідомості індивіда, організовуючи його поведінку. Звідси «життєвий світ» - це сконструйований розумом «інтерсуб’єктивний світ».

3. Головне завдання соціології — зрозуміти процес становлення об'єктивності соціальних явищ на основі суб'єктивного досвіду індивідів [6].

Кожна людина структурує (упорядковує) сприйнятий світ, феномени, явища в своїй свідомості та втілює свої знання про світ у повсякденних діях, тобто в повсякденному житті.

Соціологія життєвого світускерована на пошуки витоків і основ усіх стабільних систем взаємодії, усіх великомасштабних соціальних структур людського суспільства. Вона виходить із того, що до і перед виникненням наук існував світ людської безпосередності, феноменальний (від грецьк. феноменон — те, щоз’являється; явище, що дано нам у досвіді) світ відчування, прагнення, фантазування, бажання, сумніву, ствердження, спогаду про минуле і передчування майбутнього тощо. У цьому світі людина живе в суспільстві й культурі, і завданням соціології є дослідження цього життєвого світу людини в усіх його проявах. Це є надзвичайно складним і важким, оскільки процеси «створення життєвого світу» є постійними і безперервними, мінливими і різноманітними, до того ж належать безлічі людей і відбуваються у безлічі ситуацій; тому важливо «вхопити» ці процеси «тепер і саме тут», у час їхнього розгортання. Тому наступним завданням феноменологічної соціології є відстеження переходу від світів конкретних людей до великого соціокультурного світу.Люди створюють його в процесі взаємодій та постійно змінюють, передають із покоління в покоління через соціалізацію.

Соціальна адаптація в мешканців установи може відбуватись в таких формах: конформізм, інновація, ритуалізм, ретритизм, радикалізм, або ж в активній чи пасивній.

Зрозуміло, що існують певні передумови, які в тій чи іншій мірі впливають на соціальну адаптацію. Ми виділяємо 4 передумови: психологічні, фізичні, соціально-економічні та особистісні.

Існує низка чинників, які впливають на соціальну адаптацію. Умовно ми їх поділяємо на – внутрішні та зовнішні, в ході дослідження робитимемо акцент саме на них.

Соціальну адаптацію в геріатричних установах у подальших дослідженнях можна розглядати не лише з позиції людей літнього віку, а й з позиції людей, які працюють в цих установах. Наше дослідження проводитиметься якісними методами, зокрема з використанням біографічного інтерв’ю.

Таким чином, в рамках феноменологічної парадигми буде досліджено соціальну адаптацію людей похилого віку в геріатричній установі. Загалом будемо опиратися на дослідження А. Шюца, який вказує, що кожна людина інтерпретує світ по-своєму, сприймаючи його на свій лад, але запас знання здорового глузду дозволяє розуміти дії інших хоча б частково. В цьому випадку, ми будемо акцентувати нашу увагу на життєвому досвіді індивідів, на те через які обставини він/ вона потрапили в дану установу та які саме чинники вплинули на їхню адаптацію в самому середовищі перебування.

Для підтримки свого морального духу і позитивного самосвідомості літнім людям слід не відмовлятися від активного життя, а навпаки, зайнятися новою діяльністю.

1. Продовжуючи виконувати активні, соціально значущі ролі і спілкуватися з оточуючими (наприклад, працювати неповний робочий день або займатися добровільною громадською діяльністю), літні люди зберігають психологічний спокій. Ступінь пристосування людей до старості в значній мірі залежить від характеру їх діяльності на ранніх етапах життя: якщо в міру наближення старості людина опановує безліччю різних ролей, йому легше пережити втрату тих ролей, які він виконував у минулому. Люди, котрі володіли емоційної та психологічної стійкістю та активністю у віці 30 з гаком років, зберігають життєву енергію і після 70 років; люди у віці 30 років, для яких характерні страх і консерватизм, проявляють тривогу до кінця свого життя. Автори теорії меншин відзначають, що люди похилого віку становлять меншість населення, що зумовлює їх низький соціально-економічний статус, дискримінацію, попередження проти них і багато інших явищ.

2. Теорія субкультури відносить літніх людей до якоїсь субкультури, яка визначається як сукупність своєрідних норм і цінностей, відмінних від норм і цінностей, панують у суспільстві. Якщо старіючим людям вдається завести нових друзів і зберегти вже сформовані зв'язки, вони здатні створити таку субкультуру, що допомагає їм зберегти почуття психологічної стабільності.

Є два важливих моменту, що виправдовують дане подання:

1) психологічна близькість між людьми, що належать до даної вікової групи,

2) їх виключення з взаємодії з іншими групами населення.

Таким чином, передбачається, що дискримінація по відношенню до осіб старшого віку та їх почуття спільності дають підстави для появи субкультури старості. На думку авторів даної теорії, збільшення числа селищ для пенсіонерів та інших подібних житлових комплексів, установ сприяло б формуванню самобутньої субкультури.

Літні люди мають право на повноцінне життя, а це можливо лише в тому випадку, якщо вони самі приймають діяльну участь у вирішенні що їх стосуються, коли у них є свобода вибору. Деякі фахівці вважають найбільш плідної теорію В« Вікової стратифікації В», згідно з якою кожне покоління людей унікально і володіє тільки йому притаманним досвідом.

Зрозуміло, вироблення адекватних складну природу людини теорій старіння, що враховують позитивні можливості людини в літньому віці, так само як і поширення їх у суспільстві поряд з відповідними соціальними заходами триває. Даний процес може стати додатковим фактором досягнення довголіття для всіх членів суспільства, оскільки в ідеалі ці теорії і формування на їх основі індивідуальних варіантів способу життя повинні сприяти зростанню активного довголіття.

Разом з тим терапевтичні моделі, що утворять фундамент практичної роботи з людьми похилого людьми, повинні використовувати три принципи:

1) вивчення індивіда в його соціальній середовищі,

2) розуміння психосоціального становлення і розвитку особистості як довічного процесу;

3) облік соціокультурних факторів формування та розвитку індивіда. Зрозуміло, різні теорії різною мірою відповідають кожному з названих принципів.

Сучасна соціальна робота з людьми похилого віку повинна будуватися відповідно до принципів ООН щодо осіб похилого віку 2001: В« Зробити повноправною життя осіб похилого віку В»1. Даний документ рекомендує урядам всіх країн вжити наступні заходи в області соціальної підтримки людей похилого віку:

1) розробити національну політику щодо престарілих, тим самим зміцнюючи зв'язок між поколіннями;

2) заохочувати благодійні організації;

3) захистити літніх людей від економічних потрясінь;

4) забезпечити якість життя в спеціалізованих установах для престарілих;

5) повністю забезпечити літньої людини соціальними послугами незалежно від місця його проживання - на батьківщині або в іншій країні. p> Ці принципи згруповані наступним чином:

1 - НЕЗАЛЕЖНІСТЬ;

2 - УЧАСТЬ;

3 - ДОГЛЯД;

4 - РЕАЛІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОГО ПОТЕНЦІАЛУ;

5 - ГІДНІСТЬ.

**Висновки до Розділу 1**

Старість приносить із собою і зміна звичних життєвих стандартів, і хвороби, і важкі щиросердечні переживання. Люди похилого віку виявляються на узбіччі життя. Мова йде не тільки і не стільки про матеріальних труднощів (хоча і вони відіграють істотну роль), скільки про труднощів психологічного характеру. Відхід на пенсію, утрата близьких і друзів, хвороби, звуження кола спілкування і сфер діяльності - усе це веде до збідніння життя, відходові з неї позитивних емоцій, почуттю самітності і непотрібності. Ситуація, однак, така, що з ростом тривалості життя і зниженням народжуваності значну частину населення складають люди літнього віку і, отже, є необхідність спеціальної організації допомоги літній людині.

Необхідно пам'ятати, що люди похилого віку - це найбільше соціально вразлива частина населення. Їхній дохід звичайно значно нижче середнього, а потреби, особливо в медичному обслуговуванні, дієтичному харчуванні, значно вище. Дуже часто люди похилого віку живуть окремо від родин, і тому їм буває не під силу справитися зі своїми нездужаннями і самітністю. І якщо раніш основна відповідальність за літніх лежала на родині, те зараз її всі частіше беруть на себе державні і місцеві органи, установи соціального захисту населення [25].

Головна драма літньої людини (якщо не вважати інвалідність, важку хворобу, або убогість) - нереалізований потенціал, відчуття або побоювання власної непотрібності.

Більш того, потенціал літньої людини найчастіше зовні не відповідає (або відповідає дуже мало) менталітетові нових поколінь. Але в них усіх є загальна основа, куди більш значима, чим розбіжності, - загальнолюдські цінності.

Сутність соціальної роботи з людьми похилого віку - соціальна реабілітація. У даному випадку така реабілітація - це відновлення в звичних обов'язках, функціях, видах діяльності, характері відносин з людьми. Головне для соціального працівника це перетворення людини похилого віку з об'єкта (клієнта) соціальної роботи в її суб'єкта. Подолання, зм'якшення драми незатребуваності відбувається на основі власного життєвого в тому числі, професійного, сімейного досвіду. Важливо не тільки давати людині, але і допомогти йому продовжувати віддавати себе, зберігаючи тим самим стійкість, гарантію визначеної стабільності, відчуття доброї перспективи, оптимістичну і реалізовану надію на те, що й у нових обставинах людина залишається потрібною [18].

Тут розглядалися проблеми морального, психологічного порядку, що незвичайно важливі для розуміння внутрішнього світу людей похилого віку.

Отже, соціальна адаптація є складним процесом соціалізації людини загалом, що ґрунтується на попередніх етапах біологічної та психічної адаптації. Вона є предметом дослідження багатьох соціогуманітарних наук, проте кожну з них цікавлять різні її аспекти. Соціологія вирізняється своєю

здатністю до охоплення широкого кола проблем у досліджені цієї проблематики.

Вважається, що одним із перших дослідників проблеми соціальної адаптації почав вивчати Г.Спенсер. Також важливий внесок у цій сфері зробив Р.Мертон, який виділив п’ять форм соціальної адаптації: конформізм; інновація; ритуалізм; ретритизм; радикалізм.

Проблематикою соціальної адаптації літніх людей, тобто жінок та чоловіків, які відійшли від трудової діяльності, досягли пенсійного візу займається О. А. Вороніна. Вона зазначає, що одним із аспектів прояву адаптаційних процесів є взаємодія людини похилого віку з соціальним середовищем.

В цьому дослідженні ми будемо використовувати феноменологічну парадигму для аналізу соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах. Нас цікавлять особливості пристосування до нового середовища, адже ми знаємо, що кожна людина неповторна і включається у взаємодію з іншими на основі власного світобачення і світорозуміння.

**РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ АДАПТАЦІІ, ПРОЖИВАННЯ В ІНТЕРНАТНИХ УСТАНОВАХ, ХОСПІСИ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ГЕРІАТРИЧНИХ УСТАНОВ**

**2.1. Особливості дослідження соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах**

Важливу роль у дослідженні поведінки та самопочуття літніх людей у геріатричних установах має експеримент, який був проведений у 1970-х роках професором психології Гарвардського університету - Еллен Лангер та президентом Фонду Рокфеллер - Джудіт Родін. Ці науковці провели експеримент в будинку пристарілих «Arden House» в штаті Коннектикут (США). Дж.Родін та Е.Лангер задалися питанням: чому, коли старша людина живе в родині, або живе сама по собі, то вона відчуває себе бадьоро і весело, а потім, коли вона потрапляє в будинок для людей похилого віку, то у неї часто відбувається швидке погіршення здоров'я, людина досить швидко згасає і помирає. Дослідники ставили за мету віднайти ті чинники, які негативно впливають на людину для того, щоб згодом їх викорінити, щоб людям в американських будинках пристарілих жилося краще та довше. Також, серед інших гіпотез, вони перевіряли гіпотезу про те, що, коли людина потрапляє в будинок для людей похилого віку, то їй доводиться значно менше приймати рішень, значно менше нести відповідальності, значно менше про себе думати і вирішувати свої проблеми [59].

Отже, в згаданому дослідженні автори Джудіт Родін та Еллен Лангер вивчали мешканців геріатричної установи, зокрема людей похилого віку з 4-го поверху і групу з 2-го поверху, і всім сказали, що їхньою ціллю є зробити жителів щасливими. Після цього групі з 4-го поверху було сказано, що якщо Вам не подобається розміщення меблів у Вашій кімнаті, ми Вам допоможемо їх переставити так, щоб Вам було найкомфортніше, якщо Ви хочете щось змінити. Крім того, сказали, що за бажанням Ви можете обрати собі рослину, але тільки Вам самим буде потрібно про неї піклуватися. Також в четвер-п’ятницю ми будемо показувати кіно, але Вам необхідно буде вирішити, що Ви хочете подивитися, коли, а також чи це Вам потрібно.

Групі з 2-го поверху сказали, що ми облаштуємо Ваші кімнати найкращим чином, все розмістимо зручно, красиво. Ми поставимо в Вашу кімнату рослини, медсестра буде допомагати Вам за ними доглядати, Вам ні про що не потрібно буде думати. Крім того, в четвер і в п'ятницю ми будемо показувати фільми, Вас додатково повідомимо, в який день Ви будете їх дивитись.

Що з'ясувалося? При тому, що люди жили в однакових умовах, у людей були одні і ті ж речі в кімнаті, у кожної людини з'явилася рослина, вони дивились фільми. Проте, вже через 3 тижні з'ясувалося, що мешканці 4-го поверху, які самостійно приймали рішення, стали відчувати себе активнішими, бадьорішими і щасливішими. Коли розпитували медсестер, то вони розповідали, що люди з 4-го поверху, які самостійно приймають рішення є веселішими, життєрадіснішими і медичний стан у них кращий.

Експеримент тривав 18 місяців, через 18 місяців подивилися і порахували ще раз. Після 18-ти місяців експерименту все було переглянуто і пораховано знову. Стан здоров'я погіршився в обох групах, просто тому, що мова йде про літніх людей і, природно, і там, і там були смерті. Проте, на 4-му поверсі, де люди самостійно приймали рішення, проживало 47 осіб, з них 7 померли, а 40 залишилося. На 2-му поверсі проживало 44 людини, з них померло 13. За оцінкою авторів ця різниця була статистично достовірною, була представлена у відсотках, на 4-му поверсі показник смерності бу 15%, на 2-му – 30%, в залежності від того, можна чи не можна приймати рішення самому [34].

Дослідження було спрямоване на те, щоб послабити відчуття втрати свободи, яке особливо відчувається на початковому етапі, коли людина з власного дому потрапляє в геріатричну установу.

З цього експерименту можна зробити висновок, що рішення потрібно приймати завжди і кожному, це утримує наш мозок в тонусі, ми розуміємо, що нам є чого, і заради чого жити. Відповідальність стимулює нас жити довго і щасливо.

Приблизно в той час (1970-х) Річард Шульц та його колеги провели власне дослідження з несподіваними результатами. Їхня робота базувалася на докторській дисертації Р.Шульца, яка була присвячена впливу почуття контролю над важливим заняттям на якість життя в будинках пристарілих. В ролі важливого заняття було спілкування. В кращих закладах рівень соціальної стимуляції близький до оптимального, але в багатьох інших, жителі проводять часнаодинці. Їм дуже не вистарчає соціальної стимуляції. Шульц зібрав студентів Дюкського університету і відправив їх в будинок пристарілих. Візити мали одну з 2-ох форм: контроль над ними належав або мешканцям закладу, або самим студентам. Тривалість візитів і інші характеристики соціальної стимуляції були однакові, але мешканці, які контролювали хід відвідувань, в результаті стали більш рухливими, здоровими і мали вищий рівень суб’єктивного благополуччя, ніж ті, хто не міг нічого контролювати. Цей висновок про зв'язок контролю з якістю життя цілком очікуваний.

Але це дослідження виявило дещо несподіване. Коли воно завершилось, студенти покинули alma mater, і контроль над візитами був втрачений різко та несподівано, без пояснення. В повторному дослідженні тієї ж групи людей літнього віку, Р.Шюльц дійшов до сумних висновків. Група, якаконтролювала візити студентів, в порівнянні з групою, яка не мала контролю, продемонструвала значне ослаблення здоров’я. Крім того її представники відчули себе більш нещасними, а рівень їх смертності став набагато вищим, ніж у членів 2-ої групи [60]. В екстремальних випадках подібна втрата контролю може привести до трагічного результату.

В сучасній Україні також реалізується чимало соціальних проектів, пов’язаних з допомогою літнім людям. Серед них найвідомішими є мистецько-соціальний проект«Осінь на Плутоні», метою якогобуло створення документальної вистави на основі бесід з мешканцями геріатричного пансіонату [12], благодійна акція «Третій вік – задоволення від читання», яку проводить громадська організація «Форум видавців» з метою поповнення бібліотек геріатричних установ Львова та Львівської області, проект «Старість НА радість», який спрямований на проведення культурно-просвітницької діяльноті в Львівській геріатричній установі та ін.

Чимало громадських організацій спеціалізуються саме на допомозі літнім людям, зокрема, «Товариство св. Вікентія де Поля» (міжнародна християнська благодійна організація мирян, що надає допомогу геріатричним установам [29]), «Оселя» (громадськаорганізація, що надає підтримку людям, які внаслідок переходу до ринкових відносин, несподіваних для багатьох змін, розгубилися в нових умовах життя та опинився на «узбіччі» суспільства [15], приватний пансіонат для літніх людей у Львові «Дім Надія» та ін.

Таким чином, велику роль у досліджені поведінки, самопочуття та соціальної адаптації відіграли експерименти Дж.Родін, Е.Лангер та Р.Шульца. Ці експерименти показали, що важливу роль у проживанні в геріатричних установах має відчуття контролю з боку літніх людей. Тобто, мешканці будинків пристарілих хочуть відчувати свою значущість. Самостійно приймати рішення і

контролювати певні ситуації, адже це впливає на їхнє фізичне та моральне самопочуття.

Також слід зазначити, що важливу роль в життєдіяльності геріатричних установ відіграють волонтери, які допомагають не лише матеріально, а й психологічно.

**2.2. Старі люди, які живуть в інтернаті. Хоспіси**

Для деяких старих людей одна з найважчих ситуацій у житті - це переселення в будинок для літніх людей. Там знаходяться найбільш невлаштовані старі. Статистичні дані, зібрані у французьких будинках для літніх (50-60 рр. XX століття). показують, що серед здорових людей похилого віку 8 % помирають протягом перших восьми днів після надходження. 28,7 % – протягом першого місяця, 45 % – в перші півроку, 54,4 % – протягом першого року, а 64,4 % – у перші два роки.

Французька письменниця, філософ і суспільний діяч С. де Бовуар писала, що державні будинки для літніх відрізняються поганими санітарними умовами, великою скупченістю, жорстким режимом, неналежно організованим дозвіллям, некваліфікованим медичним обслуговуванням. Одягнені в однакові халати, позбавлені власного кутка, старі почуваються нікому не потрібними і закинутими, вони переживають стан повної деперсоналізації (втрати власної особистості). Їх єдиною пристрастю у вільні години залишається спиртне, яке тимчасово створює ілюзію благополуччя і сприяє виникненню нестабільних дружніх пар.

З часу виходу книги С.де Бовуар "Старість" пройшло майже півстоліття. Але якщо у Франції і цілому ряді інших країн реалізуються програми з допомоги старим, які живуть в інтернатах, проводяться дослідження, спрямовані на допомогу цим людям і поліпшення їхнього життя, то в Україні, на жаль, не приділяється належна увага цим питанням. Тому ми спираємось, в основному, на зарубіжний досвід.

Яким би впорядкованим і затишним не був інтернат, люди втрачають там можливість контролювати події, приймати рішення. Вони вже не можуть укладати власні плани і реалізовувати їх.

Вчені намагаються розробити прийоми психологічної допомоги мешканцям інтернатів та знайти засоби для підвищення їх активності. Позитивна можливість контролювати хоча б деякі сфери свого життя виявилася в одному з експериментів.

Дослідження полягало в наступному. Мешканців (у віці від 65 до 90 років) одного з дуже благополучних геріатричних пансіонатів розподілили на дві групи, перед кожною з яких виступив директор. Учасникам першої групи він повідомив, що вони мають значні права в своєму будинку, хоча багато хто ними і не користується. Так, вони можуть запрошувати до себе друзів і самі відвідувати їх; планувати різні соціальні заходи; розподіляти свій час так, як їм зручно; їм не забороняється переставляти меблі у своїх кімнатах на власний розсуд.

Повідомлялося також, що для них закуплено багато гарних рослин, серед яких вони можуть вибрати ті, що сподобалися і вирощувати їх самі. Виступаючи перед першою групою, директор наголошував, що весь персонал будинку з любов'ю ставиться до кожного мешканця, сестри і няні охоче виконають будь-які їх доручення. Якщо кому-небудь знадобиться допомога, її негайно нададуть. По закінченні заходу няні вручили кожному учаснику красиву рослину. Іншими словами, промова перед першою групою була спрямована на стимуляцію активності жителів інтернату.

Директор виділяв деякі сфери їх життя, за які вони повинні були самі нести відповідальність. Їх спонукали розширювати контакти з оточуючими, проявляти ініціативу. У промові ж перед другою групою директор робив акцент на відповідальності персоналу, нівелюючи питання про права і свободи жителів інтернату.

Всіх учасників експерименту обстежили за тиждень до його початку і через три тижні після надання різних форм впливу на старих людей. Результати бесід із ними експериментатора зіставлялися зі спостереженнями обслуговуючого персоналу.

Члени першої групи повідомили, що вони стали більш активними, рухливими і спритними. 48 % із них відчували себе більш задоволеними життям, а деякі навіть називали себе щасливими.

У другій групі позитивні почуття висловили лише 29 % людей похилого віку. Лікарі і няні також відмічали значну різницю між двома групами: 71 % людей похилого віку з другої групи стали за цей час більш слабкими і пасивними.

Американські психологи розробили спеціальну програму психологічної корекції для вирішення проблем, що виникають у відносинах між старими людьми в інтернатах.

Програма являла собою курс навчання вирішенню дизайнерських завдань (прикрашання приміщень, розстановка меблів, переобладнання приміщення, ремонт та таке інше).

Насправді, курс виступав засобом навчання вирішенню проблем і прийняття рішень серед престарілих. Тобто, слухачі нібито вирішували завдання "як поліпшити приміщення", а тим часом коректували (змінювали і покращували) ставлення до себе і до інших людей. Участь у програмі підвищувала фізичну активність і покращувала соціальне самопочуття людей похилого віку. В інших дослідженнях відмічається, що поєднання задоволення потреб людей, що проживають у будинках для престарілих, зі стимуляцією їх творчих здібностей підвищує рівень активності людей похилого віку і їх задоволеність своїми міжособистісними відносинами.

Рекомендується приділяти особливу увагу використанню словесних, зорових, звукових, нюхових та інших чуттєвих стимулів, для викликання спогадів і підвищення творчих здібностей престарілих людей. Особливу підтримку літнім людям надає музика. Музика здатна упорядкувати спогади і зв'язати розірвані епізоди. Як ефективний психотерапевтичний прийом використовують складання і "прослуховування" "музичної біографії" – відтворення мелодій, модних у певні періоди життя людини. Таким чином, з одного боку, переселення в будинок-інтернат чи геріатричний пансіонат може стати останньою критичною точкою для старої людини, але, в той же час, воно здатне покращити її самопочуття і зробити останні дні щасливими.

Останнім часом проводилося багато досліджень досвіду вмирання, поступово колишнє невігластво і неуважність до цього предмета змінюється поінформованістю. Однак буде потрібно ще багато часу, щоб ставлення суспільства до смерті стало освіченим.

Ми вже вміємо надавати допомогу людині, що помирає, за допомогою ліків, інструментів і апаратів інтенсивної терапії. Але ми ще не готові до того, щоб допомагати їй справлятися зі своїми тривогами і думками. Часто поводження оточуючих із умираючими людьми не можна назвати гуманним. Їх ізолюють від рідних і близьких; рішення за них приймають інші, без урахування їхніх бажань; якщо вони сумують, заспокоюють уколами. Багато авторів висловлюють думку, що вмираючим людям варто надати певний ступінь автономії (наприклад, вибирати для себе дози болезаспокійливих). Деякі дослідження вказують, що навіть тварини часто відмовляються жити, якщо відчувають, що втратили контроль над своїм життям.

Показовим у цьому сенсі є експеримент, в якому пацюків кидали у воду з метою з'ясувати, як довго вони можуть протриматися на плаву. Деякі тварини трималися до 60 годин, тоді як багато з них майже відразу ж тонули. До другої групи відносилися пацюки, які жили в умовах ізоляції. Приблизно те саме відбувається і з людьми похилого віку, які знаходяться в інтернатах для престарілих або інвалідів. Ми вже знаємо, що старі люди практично не бояться смерті. Але в них є маса інших страхів, пов'язаних із процесом умирання. Вони не хочуть умирати довго і болісно, бояться бути тягарем для рідних, побоюються втратити розум і почуття власної гідності. Деякі говорять про те, що хочуть померти "гарною смертю", а не болісною і принизливою. Пошуки "гарної смерті" і привели до появи хоспісів.

Призначення хоспісів у тому, щоб допомогти смертельно хворим пацієнтам прожити останні дні якомога більш повно і незалежно, забезпечуючи необхідну підтримку самим пацієнтам та їхнім родинам.

Перші хоспіси з'явилися в Англії (1967) і США (1974). Зараз такі установи існують і в Україні, хоча державну підтримку, на жаль, мають лише кілька з них. 158 Програма роботи хоспісу зазвичай включає госпіталізацію лежачих хворих, догляд за пацієнтами вдома, у тому числі й побутове обслуговування, медичне і психологічне консультування, постійну лікарську та сестринську допомогу.

Для хоспісів неприйнятним є уявлення про смерть як про програш у боротьбі за життя. Тут передбачається ставлення до смерті як до нормальної і природної стадії життя, наближення якої потрібно зустріти з гідністю. Смерть так само є природною, як і народження, і подібно до нього, іноді є важкою працею, що потребує сторонньої допомоги. Призначення хоспісів саме у тому і полягає, щоб надавати цю допомогу і розраду. Основна їх мета – допомогти зустрітися з усіма видами страждання (фізичного, морального, соціального і духовного) достойно і, за можливості, зменшити ці страждання. Також вони забезпечують участь пацієнта у прийнятті рішень і виборі стосовно власного життя та сприяють підтриманню зв'язку з родиною вмираючої людини.

**2.3. Медико - соціальна реабілітація літніх людей в геріатричноиу пансіонаті**

У соціальній роботі з людьми похилого віку використовуються різно образні форми і методи. Це і соціальне обслуговування на дому, і термінова соціальна допомога, і адресна соціальна захист і так далі. У цій системі функціонують різні установи, зокрема центри соціального обслуговування, відділення денного перебування, стаціонарні установи та спеціальні житлові будинки для літніх людей. Особливо важливе значення для літніх набуває їх медико-соціальна реабілітація.

Прийнято вважати, що інвалідні коляски, палиці, кашель - це атрибути старості, що старіння і хвороба - це одне і те ж. Численні дослідження в США показали, однак, що це не так. І старі можуть бути активними і бадьорими.

Звичайно, з віком потреба в медичної допомоги збільшується. У силу природного старіння організму проявляється ряд хронічних захворювань, зростає питома вага осіб, які потребують в постійному медичному спостереженні, в допомозі кардіологів, невропатологів, геронтологів, геріатрів. Цивілізованість суспільства визначається, зокрема, і тим, наскільки широка мережа спеціальних поліклінік, лікарень, будинків відпочинку та санаторіїв для літніх людей.

Найбільш частими захворюваннями людей похилого віку є:

Артеріальна гіпертонія в людей похилого віку нерідко відрізняється по своїх характеристиках від такої в більш молодому віці. Гіпертонія може бути ускладненням іншого захворювання, найчастіше пієлонефріта. Артеріальна гіпертонія спостерігається у всіх хворих із хронічною нирковою недостатністю.

Причини розвитку артеріальної гіпертонії до кінця не ясні. Велике значення має зловживання сіллю - люди, схильні досолювати їжу істотно частіше хворіють на гіпертонію. Однак частина людей не чуттєва до сольового навантаження. Гіпертонії сприяє сидячий спосіб життя, відсутність фізичних навантажень, постійний стан підвищеної емоційності (особливо - придушення внутрішніх емоцій, відсутність розрядки, зміни обстановки і роду діяльності).

У людей похилого віку нерідко можна виявити так називану "склеротичну гіпертонію". Артеріальний тиск підтримується силою скорочення серця, що виштовхує кров в аорту. У цей момент аорта розтягується.

Лікування артеріальної гіпертонії повинне бути постійним. Не можна лікувати гіпертонію від випадку до випадку, коли підвищується тиск. Обов'язковим елементом лікування повинне бути зниження споживання повареної солі до 2-3 м у добу. Нерідко застосовують рисово-компотну дієту, коли пацієнт протягом доби їсть винятково плов із сухофруктами.

Стенокардія - дуже чітко обкреслений клінічний синдром: болю за грудиною, звичайно стискаючого, що давить характеру, чітко зв'язані з навантаженням або виходом на холод, продовжуються не більш 10-15 хвилин, а при прийомі нітрогліцерину - близько 5 хвилин. Болі ці віддають у ліву руку, лопатку рідко, лише в третини хворих. Біль виникає через недостатнє надходження кисню до серцевого м'яза при підвищенні потреби в ньому. При фізичному навантаженні серце б'ється швидше, тому йому потрібно більше збільшити обсяг протікаючій до нього по коронарним (серцевим) артеріях крові, що несе кисень. Якщо ці артерії звужені за рахунок атеросклерозу (бляшки, що виступає в просвіт судини), то резерви збільшення кровообігу швидко вичерпуються і серцевий м'яз приходить у стан кисневого голодування. "Голодні" м'язові клітки викидають фактори, що приводять до зміни плинності крові - починається склеювання кліток крові, утворення тромбу. У цей момент з'являється біль.

Звичайно людина знає, при якому обсязі навантаження в нього з'являється біль - скільки кроків він може пройти і з якою швидкістю, на скількох ступіней він може піднятися без болю. Нерідко болю виникають у момент виходу з теплого приміщення на вулицю, або в момент питва холодного напою.

Але іноді, коли атеросклеротична бляшка росте, розвалюється, або навколо неї розвивається запалення, стенокардія може різко змінити свій характер: зменшиться дистанція, яку можна пройти без болів, перестане діяти колись ефективний нітрогліцерин або прийдеться застосовувати 2-3 його таблетки, щоб купировать біль. Саме небезпечне, коли болі починаю з'являтися вночі. В усіх випадках говорять про нестабільну стенокардію, припускаючи під цим передінфарктний стан.

Стенокардія лікується в основному такою групою препаратів, як нітрати. Приймають препарати тривалої дії, такі як нітросорбіт - вони зменшують частоту приступів і збільшують переносимість фізичного навантаження. При болях необхідно обов'язково приймати нітрогліцерин під мову, або користуватися нітрогліцериновим спреєм. У деяких випадках до нітратів тривалої дії додають в-блокатори.

Серцева недостатність - стан, зв'язаний з старінням, зі змінами серцевого м'яза, або із серцево-судинними захворюванням, такими як - артеріальна гіпертонія, стенокардія, порушення ритму серця, міокардит і т.д. Серцева недостатність характеризується падінням насосної функції серця. На початкових стадіях серцевої недостатності змінюється здатність серця розслаблюватися, камера лівого желудочка менше заповнюється кров'ю і, відповідно, зменшується обсяг що виштовхується желудочком крові. При цьому в спокої серце справляється, обсяг крові компенсує потреби. Під час навантаження, коли серце починає битися частіше, сумарний викид крові зменшується і людина починає відчувати недолік кисню - з'являється слабість, задишка при підйомі по сходам і т.д. Але практично в кожної людини при підйомі по сходам з'явитися задишка. Серцева недостатність починається там, де знижується переносимість фізичного навантаження.

За допомогою "навантажувальних тестів" - наприклад, при використанні велоэргометра - можна уточнити, яка навантаження викликає порушення діяльності серця. Існують норми діяльності серця при навантаженні, тому, при підозрі на появу схованої серцевої недостатності необхідно провести таке дослідження з дозованим навантаженням і ультразвуковим дослідженням серця (доплероэхокардиографія). Іншого способу визначити початкові стадії серцевої недостатності не існує. На жаль значна частина літніх хворих не може виконати необхідну для дослідження фізичне навантаження і тоді просто проводиться доплерэхокардиографія.

Клінічно виражена серцева недостатність уже не вимагає таких дорогих досліджень. Хворі скаржаться на слабість (найчастіша ознака), задишку при відносно невеликому фізичному навантаженні. У більш вираженій стадії з'являються набряки ніг (спочатку - прихожі, що іноді зникають уночі), пізніше збільшується печінка, з'являється рідина в животі і легенях.

З інших ознак звертають увагу на появу сухого кашлю по ночах, необхідність спати високо або напівсидячи. У важких випадках пацієнт може тільки сидіти, схиливши вперед і упираючись руками в ліжко. Пізніше з'являється хрипкий подих, кашель з мокротинням, може розвитися набряк легень з відхаркуванням пінистої, зрідка рожевого мокротиння.

Від появи перших ознак серцевої недостатності до смерті звичайно проходить близько 5 років. Якщо в хворого серцева недостатність є наслідком прогресуючого серцево-судинного захворювання (важка стенокардія, аритмія, виражений артеріальна гіпертонія), то серцева недостатність прогресує набагато швидше. Саме тому для попередження прогресування серцевої недостатності необхідно лікувати захворювання, що привело до неї.

Порушення ритму серця*.* Серед усіх порушень ритму серця потрібно виділити миготливу аритмію і повну блокаду провідної системи серця. Ці два порушення можуть викликати важкі ускладнення і привести хворого до смерті, причому якщо перше порушення може зустрічатися в будь-якому віці, хоча його частота з віком росте, те друге є характерним саме для літніх хворих. Миготлива аритмія є наслідком того, що електричні імпульси, що виходять з "водія ритму", що знаходиться в правому передсерді, починають блукати по провідній системі серця, складатися або взаємно погашати один одного і зненацька збуджувати скорочення міокарда. Така ситуація можлива, якщо порушується будівля провідної системи серця: унаслідок розтягування камер серця або склерозу окремих ділянок. Миготлива аритмія можлива і внаслідок появи додаткових провідних пучків (це уроджений дефект, звичайно виявляється у відносно молодому віці).

Лікування постійної форми миготливої аритмії спрямовано на зниження частоти серцевих скорочень до нормального їхнього числа - бажано не більш 80-90 ударів у хвилину. При цьому звичайно зникає дефіцит пульсу і зменшуються прояви серцевої недостатності.

Приступ (пароксизм) миготливої аритмії виявляється раптовим порушенням ритму, звичайно знижується артеріальний тиск, іноді до дуже низьких цифр, може з'явитися задишка, занепокоєння. Ситуація вкрай небезпечна, необхідно викликати "швидку допомогу". До її приїзду можна спробувати зменшити приступ сильно надавивши на очні яблука або боляче масажувати надключичну область, змусити хворого швидко присісти на карточки (очевидно, що це не завжди можливо). Рефлекс, що виникає в цьому випадку, може позитивно позначитися на роботі серця аж до зникнення аритмії.

Хронічний бронхіт зустрічається частіше в курців або в страждаючою бронхіальною астмою. Хронічний бронхіт виявляється постійним вологим кашлем, відділенням мокротиння, іноді - невеликим підвищенням температури, пітливістю. Останні дві ознаки більш характерні для загострення інфекційного процесу. Хронічний бронхіт веде до розвитку емфіземи легень і специфічної серцевої недостатності - легеневому серцю. Любою постійно кашляє протягом декількох місяців людина, відхаркуючись при кашлі мокротиння страждає хронічним бронхітом.

Лікування хронічного бронхіту - складна лікарська задача. Ця хвороба характеризується завзятим плином, важко піддається терапії. Важливо усунути провокуючі фактори - у першу чергу відмовитися або хоча б значно зменшити кількість сигарет, що викурюються. Варто уникати застуд, протягів, спілкуватися з хворими вірусними респіраторними інфекціями, одягши на особу марлеву маску. Ці міри зменшують ризик і частоту загострень хвороби. Власне лікування хронічного бронхіту є лікарською задачею.

Бронхіальною астмою люди частіше страждають з молодого років, украй рідко занедужують нею в літньому і старечому віці. Бронхіальна астма виявляється приступами ядухи, свистом при подиху, іноді приступо-образним кашлем, особливо при сміху або фізичному навантаженні. Кожний з ознак може зустрічатися ізольовано. Бронхіальна астма веде до розвитку хронічного бронхіту й емфіземи легень, разом з тим ця хвороба може продовжуватися десятиліттями до глибокої старості. Потрібно відзначити істотний ріст частоти бронхіальної астми в останні роки.

Важливим елементом боротьби з астмою є загартовування. Контрастний душ, обливання холодною водою, миття ніг у холодній воді, баня з зануренням у сніг або крижану воду (не всім це можна через проблеми із серцем!) сприяють зменшенню прояву астми. Починати треба з малого, але не доводити до купання в крижаній воді - у прорубі - це шкідливо!

Деякі хворі постійно одержують преднізолон або інший гормон. Це неправильна терапія, хоча і часто застосовувана через свою швидку ефективність. Однак, у наслідок хворої стає гормонозалежність, він усе рівно буде змушений приймати інгалятори, намагатися справитися з астмою "вольовим подихом". Прогноз захворювання гормони не поліпшують, зате викликають масу ускладнень - ожиріння, артеріальну гіпертонію, остеопороз, цукровий діабет, сприяють розвиткові інфекцій. Літнім хворим варто призначати гормони тільки в крайніх випадках, намагатися обходитися "вольовим подихом", уникати зайвих інгаляцій (можуть бути аритмії). Однак, якщо приступ затягується, справитися з ним не вдається, те хворого потрібно госпіталізувати.

Цукровий діабет захворювання, частота якого в останні роки швидко росте. Можна говорити, що, поряд із серцево-судинними захворюваннями і пухлинами, цукровий діабет став самою частою хворобою літнього віку. Суть захворювання зводиться до прогресивної поразки великих і дрібних судин, причина якого до кінця не ясна. Зовнішнім проявом діабету є порушення засвоєння цукру (глюкози) клітками. У результаті рівень цукру крові підвищується, і при відсутності корекції можуть наступити ускладнення, зв'язані саме з високим змістом цукру - гіперосмолярні грудки, діабетичні грудки. У літньому віці ці ускладнення зустрічаються рідко.

Хворі з цукровим діабетом худнуть, у них може з'явитися сверблячку (характерна сверблячка промежини), знижується апетит, хворі починають багато пити води. На жаль, цими симптомами звичайно вичерпуються початкові ознаки діабету, та й ці ознаки бувають не у всіх літніх хворих. Єдиним критерієм діагностики цукрового діабету є підвищення рівня цукру в крові - від разового аналізу, до порушеного добового профілю цукру крові.

Лікування цукрового діабету в похилому віці проводитися за допомогою дієти. Основним є скорочення в дієті цукру і продуктів, що містять вуглеводи. Замість цукру для смаку використовують його замінники - сахарин і аспартам.

При тривалому існуванні цукрового діабету поза залежністю від рівня цукру і застосовуваної терапії, через 5-8 років у хворих з'являється діабетична нефропатія. Вона може виявлятися діабетичним піелонефрітом і поразкою ниркових мікросудин. В останньому випадку з'являється білок у сечі, спочатку в дуже малих кількостях - мікроальбумінурія, потім може розвитися нефротичний синдром і хронічна ниркова недостатність. Ці зміни рано або пізно розів'ються в хворих цукровим діабетом, вони є його обов'язковим супутником. Методом терапії диабетичної нефропатії є призначення інгібіторів АПФ, що значно знижують швидкість прогресування ниркової недостатності в цих хворих.

Діабетична поразка судин - нижні кінцівки. Звуження великих артерій приводить до розвитку ішемії нижніх кінцівок - спочатку з'являються болі при ходьбі (перемежована кульгавість), ноги німіють, пізніше з'являються болі в спокої, виразки і некрози на гомілках і стопах. При відсутності лікування ішемічна поразка нижньої кінцівки закінчується ампутацією ноги.

Крім описаної картини при цукровому діабеті може бути "синдром діабетичної стопи". Поразка дрібних судин, що харчують нервові закінчення, приводить до втрати чутливості шкіри ніг, порушенням її харчування. У результаті хворої не почуває потертостей, що перетворюються в незагойні ранки, легко ранить себе при стрижці нігтів, зрізанні мозолей. Попрілості, інфікування довершують порушення, з'являються виразки, гнійні поразка шкіри стопи. У сполученні з ішемією нижніх кінцівок або без них "діабетична стопа" може стати причиною ампутації.

Для діабетичної стопи дуже важливий правильно організований догляд за шкірою ніг. Ноги потрібно щодня мити з милом, носити вільне м'яке взуття, удягати теплі носки, берегти ноги від переохолодження. Особливо ретельно необхідно дотримувати безпеку при стрижці нігтів, доручати її партнерові або що доглядає. При потертостях потрібно використовувати різні креми, зокрема - контратубекс.

Піелонефріт часто розвивається в літніх хворих, чому сприяє мочекаменная хвороба, аденома простати, інші порушення проходження сечі по сечових шляхах, цукровий діабет, недостатня санітарна обробка промежини (відсутність щоденного відходу) і т.д. Пиелонефрит протікає хронічно, рідко даючи клініку гострої сечової інфекції. Навіть поява гнійних розплавлювань у бруньках не завжди супроводжується в літніх адекватною картиною. Нерідко ознакою важкої інфекції стає різка зміна свідомості і психіки - раптова гневливость, дратівливість, лайка. Часто в літніх при важкому запаленні не буває температури. З інших симптомів може бути біль у попереку, що іноді віддає в промежину, познабливания, пітливість, слабість, різі при сечовипусканні. Проявом пиелонефрита може бути й артеріальна гіпертонія.

Піелонефріт діагностується при виявленні в сечі лейкоцитів. Їх може бути різна кількість - від 2-3 до густо покриваючі всі поля зору в мікроскопі. У будь-якому випадку аналіз сечі потрібно повторити, провівши ретельну санітарну обробку зовнішніх полових органів і промежини теплою водою з милом.

При виявленні лейкоцитів у сечі необхідно проконсультуватися з лікарем. Лікування піелонефріта - складна і тривала робота, це захворювання важке піддається терапії, у тому числі і тому, що рідко вдається усунути причину, що послужила початком піелонефріта. Звичайно для лікування піелонефріта застосовують антибіотики, чергуючи них з нирковими травами, що володіють антисептичними і сечогінними засобами.

Аденома простати останнім часом залучила до себе увага новими можливостями терапевтичної корекції. Раніше вважалося, що це опухолевидное захворювання, що розвивається тільки в чоловіків поступово прогресує і неминуче приводить до розвитку важких ускладнень практично у всіх чоловіків літнього віку. Тому широко використовувалося оперативне лікування цієї патології. Останнім часом виявилося, що усунення порушень сечовипускання дозволяє уникнути операції, а ряд препаратів сприяє зменшенню розмірів простати.

Якщо в літнього чоловіка постійна потреба до сечовипускання, почуття неповного спорожнювання сечового міхура необхідно звернутися за консультацією до уролога - при ультразвуковому дослідженні можна визначити обсяг залишкової сечі в міхурі і вирішити питання про хірургічний (якщо затримується багато сечі) або терапевтичному лікуванні аденоми.

Холецистит захворювання жовчного міхура, зв'язане з порушенням його здатності скорочуватися і викидати жовч, необхідну при переварюванні їжі. У результаті в жовчному міхурі з'являються камені, розвивається інфекційно-запальний процес. Дрібні камені можуть попадати в просвіт, перекриваючи шлях жовчі викликати жовтяницю. Звичайно такий стан супроводжується печіночною колькою - гострими вираженими болями в правому підребер'ї. Хронічний холецистит виявляється постійними або приступообразными болями в правому підребер'ї, нерідко зв'язаними з прийомом жирної, смаженої їжі. Іноді холецистит супроводжується рефлекторною стенокардією.

Лікування хронічного холециститу включає дієтичні обмеження, жовчогінні препарати. Необхідно виконати ультразвукове дослідження жовчного міхура з метою виявлення каменів - це допоможе вирішити питання про операції. Операцію краще виконувати планово, поза періодом загострення, гірше - у період печіночної кольки, коли вона може стати життєво необхідної, екстреної.

Її становлення обумовлене сучасним станом охорони здоров'я соціального захисту населення і, зокрема , осіб літнього віку умовах проведення реформ в економічній і соціальній областях

Медико-соціальна робота розглядається і як новий вид мульти-дисциплінарной професійної діяльності медичного. психолого-педагогічного і соціально-правового характеру, спрямованої не тільки на відновлення, але і збереження, і зміцнення здоров'я в тому числі й осіб літнього віку.

Вона принципово змінює існуючий підхід до охорони здоров'я, тому що припускає системний медико-соціальний вплив на більш ранніх етапах розвитку хворобливих процесів, що потенційно ведуть до важких ускладнень, інвалідизації і летальному результатові. Таким чином, медико-соціальна робота здобуває не тільки виражену реабілітаційну, але і профілактичну спрямованість, що має особливе значення для літніх.

Метою медико-соціальної роботи є досягнення оптимальне 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, що тісно взаємозалежне і їхнє рішення скрутне в рамках однобічних професійних заходів. Робота з такими контингентами однаково важка і недостатньо ефективна як для медичних працівників, так і для фахівців соціальних служб, оскільки неминуче вони виявляються перед навкруги проблем, що виходять за рамки їхньої професійної компетенції.

Якість життя є інтегральним поняттям, що відбиває не тільки виразність симптомів захворювання, але і функціональний стан літньої людини, стан його фізичного і психічного здоров'я, соціальну активність, здатність до самообслуговування, матеріальне забезпечення й умови життя, а також задоволеність відчуттям власного фізичного і психічного благополуччя. Однієї з особливостей періоду літнього і старечого віку як у відносно здорових, так і хворих людей є наступаюча соціально-психологічна перебудова, що викликає значні стреси і напруги адаптаційно-пристосувальних механізмів організму.

Зміна соціального статусу літньої людини зв'язано з різними факторами, у тому числі з виходом на пенсію, утратою близьких родичів і друзів у зв'язку з їхньою смертю, обмеженням можливості спілкування з у самообслуговуванні, що, погіршенням, що залишились в живих, трудностями економічного становища. Усе це порушує звичні життєві стереотипи, вимагає мобілізації фізичних і психічних резервів. Ступінь пристосування літньої людини до свого нового соціального статусу визначається значною мірою станом рівня його здоров'я. Очевидно, що виражене зниження функціонального стану організму літньої людини роблять його положення більш залежним від суспільства. При цьому істотно важливого значення набуває медико-соціальна робота профілактичної і патогенетичної спрямованості, що забезпечує мобілізацію і збільшення адаптаційних можливостей, збереження рівня здоров'я літніх і поліпшення якості їхнього життя. В останні роки в Україні йде активний процес формування правової бази, що дозволяє розробляти галузеві нормативні правові документи по забезпеченню літніх медико-соціальною допомогою на рівні професійної медико-соціальної роботи. На підставі правової бази на рівні відомств розробляються нормативно-правові документи, що дозволять впровадити в практику соціальних інститутів суспільства затребувану часом медико-соціальну роботу.

Позначаючи місце медико-соціальної роботи серед суміжних видів діяльності, необхідно відзначити координуючу роль фахівця з медико-соціальної роботи в дозволі комплексу проблем, що виникають особливо в людей похилого віку, і потребуючої співучасті фахівців суміжних професій - лікарів, психологів, педагогів, юристів і інших. Будучи видом мультидисциплінарної діяльності і реалізуючі в області взаємних інтересів охорони здоров'я і соціального захисту населення, медико-соціальна робота використовує форми і методи, що склалися в системі охорони здоров'я - профілактичні, реабілітаційні, психотерапевтичні й ін.; у системі соціального захисту населення - соціальне консультування, соціальні посібники, соціальне обслуговування вдома соціальне обслуговування в стаціонарних установах, організація денного перебування в установах соціального обслуговування, надання тимчасового притулку й ін.

Медико-соціальна робота має багато загального по своїй суті з медичною допомогою і діяльністю органів охорони здоров'я в цілому. Але при цьому вона не перевищує межі своєї компетенції, не претендує на виконання лікувальних функцій, а передбачає тісна взаємодія з медичним персоналом і чітке розмежування сфер відповідальності. Таким чином, з іншої сторони, медико-соціальну роботу варто розглядати як різновид соціальної роботи, спрямованої на охорону і підтримку фізичного і психічного здоров'я й у першу чергу лиц. літнього віку, а з іншого боку - це вид діяльності, спрямованої на досягнення "соціального благополуччя" і значне поліпшення якості їхнього життя.

Серед хвороб, до яких схильні літні люди, наприклад, старечий маразм. Це згасання життєдіяльності організму внаслідок атрофування кори головного мозку. Ця хвороба супроводжується крайнім виснаженням, занепадом сил, майже повним припиненням психічної діяльності; розвивається в глибокій старості або внаслідок тривалої хвороби.

Нерідко ця хвороба викликається втратами літніх людей (втратою сім'ї, друзів, ролі в суспільстві, у зв'язку з чим виявляється почуття непотрібності, марності). Іноді це породжує розумовий розлад, захворювання. Найгірший результат - самогубство. Для запобігання самогубств використовується В« телефон довіри В» (зв'язок двостороння дзвонять і особи похилого віку, і старим). Створюються також центри для літніх, для їх спілкування.

Вивчення (зокрема, у США) показало, що процес втрати пам'яті можна уповільнити. Як з'ясувалося, багато що залежить від ставлення до літніх людей (як до старезним або як до бадьорим, активним).

Інша хвороба літніх людей - старечий алкоголізм. Алкоголізм - хвороба різного віку, але для літніх це особливо важка проблема.

Як і раніше залишається складним становище літніх інвалідів. Великою проблемою є втрата зору і слуху у людей похилого віку. Як зазначалося на міжнародній конференції в березні 1992 года, США за останні 10 років доклали багато зусиль для розробки зручних слухових апаратів, і проблема була в основному вирішена, чого, до жаль, не можна сказати про нашу стране.

Від чого залежить стан здоров'я літніх людей, їх самопочуття?

Насамперед від умов життя, харчування, життєдіяльності, соціальних зв'язків. Багато хвороб літніх людей є результатом їхнього способу життя, звичок, харчування. Якщо з молодих років людина правильно харчується, активно рухається, то у нього немає багатьох хвороб.

Так, співвідношення між основними харчовими елементами (білками, жирами, вуглеводами) в раціоні харчування людей похилого віку (та й не тільки літніх) в нашій країні становить 1:0,74:5,4, а має бути іншим (1:0,7:3). Переважають вуглеводи за рахунок вживання білого хліба, макаронних виробів, цукру. Принцип здорового харчування - більше овочів, фруктів і ягід, менше м'яса. З.розуміло, це можливо в нормальних суспільно-економічних условіях.

Соціальні служби повинні дбати про фізичному здоров'ї, літніх людей, закликати їх (і сприяти створенню умов) займатися фізичною зарядкою. Практика показує, що сприятливо позначається на здоров'ї всіх, в тому числі і літніх людей, участь у змаганнях, в марафонських забігах, В« моржевих В» купаннях, лижних гонках і так далі. При цьому важливі не результати, а сама участь. Однак хворій людині, природно, не до марафонів. (За даними спеціальних досліджень, проведених Інститутом геронтології АМН нашої країни, 12% всіх літніх людей і; 25-30% людей похилого віку прикуті до ліжка). Старіння та пов'язані з ним погіршення здоров'я, хвороби зумовлюють необхідність надання постійної медичної допомоги, обслуговування на дому, приміщення престарілих або хворих у будинку чи лікарні спеціалізованого профілю. Потреба в будівництві останніх обумовлюється також дробленням сімей, збільшенням чисельності і частки самотніх в населенні країни.

У збереженні здоров'я літніх людей чи малу роль можуть зіграти місто будівна політика держави, створення умов для поселення їх у приміських зонах, на околицях міст, на нижніх поверхах висотних будівель, можливості обміну квартирами. Як показують дослідження, літні люди рідше звертаються до лікарів з приводу захворювання серцево-судинної системи (у 1,4 рази), якщо проживають на перших поверхах. На 25% знижується захворюваність, якщо в 2 рази збільшується об'єм повітря в приміщенні, припадає на одну людину.

На закінчення коротко про проблему довголіття.

Численні дослідження в багатьох країнах показали, що досягненню глибокої старості сприяють активний спосіб життя, і особливо праця, харчування, соціально-побутові умови, а також спадкові фактори.

Встановлено також, що в даний час переважна кількість людей помирає під впливом різних патологічних процесів задовго до вичерпання генетично закладених в людині потенційних життєвих сил. Наукою доведено, що тривалість життя людини як біологічного виду повинна становити 90-100 років. Деякі вчені обчислюють цей термін навіть 110-120 роками. І наявність довгожителів у різних країнах, особливо в окремих регіонах, підкріплює обгрунтованість таких висловлювань.

Місце діяльності соціального працівника у зв'язку із зазначеними обставинами як би переміщається, воно динамічно. Разом з тим, у міру впровадження в систему соціального захисту працівників даної категорії розширюються їх функції. Діяльність соціальних працівників поширюється на всі категорії інвалідів і літніх людей, що знаходяться і в населенні (в тому числі і в сім'ях), і в геріатричних пансіонатах. При цьому особливо вимальовується специфіка діяльності соціальних працівників. У од-них випадках вона носить характер організації допомоги різних служб (медичної допомоги, юридичних консультацій і так далі), в інших вона набуває морально-психологічний аспект, в третіх - характер корекційно-педагогічної діяльності і так далі. Необхідно підкреслити, що крім безпосередніх В « споживачів В» (інвалідів, літніх людей) сфера діяльності соціальних працівників поширюється і на обслуговуючий персонал, наприклад, в будинках-інтернатах, з яким соціальним працівникам доводиться взаємодіяти. У цьому зв'язку набуває особливої значущості рівень освіти соціальних працівників, їх професіоналізм, знання психологічних особливостей інвалідів і літніх людей.

У зв'язку з широкими і різноманітними функціями соціальних працівників в обслуговуванні людей похилого віку, виникає потреба в цих фахівцях з різним рівнем освіти. Для тієї категорії інвалідів і літніх людей, які знаходяться в населенні, діапазон діяльності соціальних працівників охоплює велике коло завдань, починаючи від надання соціально-побутової допомоги і закінчуючи психолого-педагогічною корекцією і морально-психологічної підтримкою.

Для інвалідів і літніх людей, що знаходяться в стаціонарних установах, діяльність соціальних працівників також має широкий діапазон, починаючи від соціально-побутової адаптації в будинках-інтернатах та кінчаючи інтеграцією інвалідів у суспільство.

**Висновок до Розділу 2**

Медико-соціальну роботу умовно можна розділити на два основні аспекти: медико-соціальну роботу профілактичної спрямованості і 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 й ін.

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

Основною стратегічною задачею медико-соціальної роботи з людьми похилого віку варто вважати збереження і поліпшення якості їхнього життя.

Соціальне обслуговування та забезпечення людей похилого віку надає величезне поле діяльності для соціального працівника. Маючи знання і досвід, відповідні душевні якості, вони значною мірою можуть сприяти поліпшенню образу життя літніх людей, забезпечення їх незалежності, гідності, допомогти їм зайняти належне місце в суспільстві. Соціальна робота як найважливіший розділ діяльності в області обслуговування літніх людей та інвалідів в останні роки набуває все більшої актуальності. Хоча соціальна турбота держави і суспільства по відношенню до інвалідів і старим хворим людям в Україні виявлялася завжди, ніколи раніше не обговорювалося і не вирішувалося питання про фахівців, які здійснювали б цю діяльність.

Таким чином, процеси соціальної адаптації людей похилого віку в геріатричних установах мають свою специфіку і залежать як від життєвого досвіду окремих людей, так і від зовнішніх оставин, які впливають на ці процеси. Кожна особа потрапляє до зазначених установ, виходячи з різних (психологічних, особистісних, соціально-економічних та фізичних) передумов, які повязані з її власним життєвим досвідом. В свою чергу цей життєвий досвід і визначені ним передумови та способи потрапляння до геріатричних будинків (добровільні, вимушені чи примусові) впливають на форму адаптаційних процесів. Здебільшого активно, а отже, трохи легше, проходить адаптація тих, хто прийняв рішення доживати віку в геріатричній установі добровільно, натомість для тих, хто був змушений до цього зовнішніми силами, адаптація відувається в пасивній, а отже, значно складнішій, формі.

Не менш важливе значення в цьому контексті мають зовнішні обставини. Найбільш очевидною є відмінність між польською та українськими установами. Якщо в польських умовах прослідковується добровільне поселення в Домі для літніх людей, то в українських будинках престарілих такі ситуації є швидше винятковими. Це пов’язано з різними чинниками – побутовими, дозвілевими, комунікаційними, релігійними, які в польській геріатричній установі знаходяться на вищому рівні. А це знову ж таки впливає на форми соціальної адаптації – в Польщі розповсюдженю є швидше активна форма, тоді як в Україні – швидше пасивна. Можемо припустити, що добровільне чи примусове потрапляння літніх людей також пов’язане з суспільною думкою щодо можливості чи необхідноті доживання старості поза домом. Однак підтвердження чи спростування цього припущення можливе в перспективі – шляхом вивченя громадської думки польського та українського суспільства щодо традиції проживання людей похилого віку в геріатричних установах.

На основі проведеного дослідження, вважаємо за необхідне подати низку рекомендацій, втілення яких, на нашу думку, позитивно відзначиться на соціальній адаптації підопічних геріатричних установ:

* кожна установа потребує фахівця з фізичної реабілітації, адже більшість мешканців потребує  допомоги з відновлення, корекції або підтримки рухових функцій;
* кожен мешканець потребує власного особистого простору, що пов’язане насамперед з покращенням побутово-житлових умов українських будинків престарілих;
* позитивно на адаптаційні процеси літніх людей впливає духовний супровід, а тому більш активне залучення духовних осіб (священиків, представників монаших згромаджень) мало б позитивну динаміку;
* урізноманітнення дозвілля дозволить літнім людямзайматися тим, що кожен з них любить найбільше, що матиме позитивний вплив на їхню адаптацію поза домом.

Скурпульозне вивчення особливостей соціальної адаптації літніх людей у геріатричних установах, зокрема, внутрішніх чиннників цього складного процесу, потребує професійного психологічного супроводу, зокрема, застосовування психологічних методів, залучення до співпраці спеціаліста-психолога. Тому це питання буде цікаво дослідити у наступних наукових розвідках міждисциплінарного (соціолого-психологічного) характеру.

**РОЗДІЛ 3 СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В ГНРІАТРИЧНОМУ ПАНСІОНАТІ**

**3.1. Програма дослідження**

Проблемна ситуація. Сьогодні серед актуальних проблем, які вирішуються в закладах соціального обслуговування – геріатричних пансіонатах, особливо відчутними і гострими є ті, що пов'язані з процесом адаптації людини похилого віку до умов нового соціального середовища. Безперечно, науковці намагаються досліджувати явище адаптації в теоретичному плані, виявляючи основні ознаки процесу адаптації, аналізуючи та розкриваючи різні фактори, що впливають на процес адаптації особистості. Незважаючи на здобутки вітчизняних і зарубіжних учених щодо вивчення проблеми адаптації людей похилого віку до умов нового соціального середовища, це питання залишається ще недостатньо розробленим, особливо в практичному аспекті. Це й спонукає науковців і практиків до подальшого дослідження даної проблеми та виявлення дієвих технологій, які б сприяли оптимізації адаптивного процесу людей похилого віку до умов нового соціального середовища.

Актуальність порушеної проблеми зумовлюється також і тією обставиною, що в закладах соціального обслуговування відсутні відповідні психологічні та соціально-педагогічні умови, необхідні для реалізації ефективної взаємодії людини похилого віку з оточуючим і навколишнім середовищами.

Об'єктом дослідженняє люди похилого віку, які проживають у геріатричному пансіонаті.

Предмет дослідження індивідуальні потреби літніх людей в геріатричному пансіонаті.

Мета дослідженняполягає у тому, щоб покращити адаптацію та проживання людей похилого віку у геріатричному пансіонаті, а також допомогти соціальному працівнику праильно спланувати та організувати роботу, яка покращить адаптацію літніх людей до нового життєвого середовища.

Об'єкт, предмет і мета дозволили сформувати такі завдання дослідження:

1. Провести анкетування людей похилого віку які проживають в геріатричному пансіонаті.
2. За допомогою анкетування визначити індивідуальні потреби літніх людей.
3. Скласти індивідуальний план надання соціальних послуг людям похилого віку, які проживають у геріатричному пансіонаті.
4. Запропонувати ряд заходів направлених на покращення адаптації та проживання літніх людей у пансіонаті.

Гіпотеза дослідження базується на науковому припущенні, що: успішна адаптація буде тоді коли будуть надаваться якісні професійні послуги з урахуванням особливостей та індивідуальних потреб літніх людей, коли будуть забезпеченні якісні умови проживання та обслуговування людей похилогог віку персоналом геріатричного пансіонату.

Генеральна сукупність

Вибірка дослідження. Люди похилого віку, які проживають у Комунальному закладі «Дніпропетровському геріатричному пансіонаті» Дніпропетровської обласної ради». Загалом у дослідженні взяли участь 90 респондентів віком від 60 до 80 років, із них 40 чоловіків (44,4%) та 50 жінок (55,6%)

Методи дослідження – метод анкетування.

Інструментарій дослідження – бланк анкети (Див. Додаток Б, В)

**3.2. Аналіз результатів дослідження**

В проведенного соціального дослідження були опитані люди похилого віку, які проживають у Комунальному закладі «Дніпропетровському геріатричному пансіонаті» Дніпропетровської обласної ради». Загалом у дослідженні взяли участь 90 респондентів віком від 60 до 80 років, із них 40 чоловіків та 50 жінок (Див. Додаток А)

Нами було задіяно мешканців пансіонату, які постійно проживають у Комунальному закладі «Дніпропетровському геріатричному пансіонаті» Дніпропетровської обласної ради» віком від 60 до 80 років, які перебувають у геріатричному пансіонаті протягом 12 місяців, мають бажання, зацікавленість та їхній фізичний та психічний стан дозволяє брати участь в досліджені. Основним завданням дослідження був аналіз проблемних ситуацій, які виникають у пристосувальному процесі літньої людини до нових умов життєдіяльності; визначення рівнів, критеріїв та показників адаптації людини похилого віку до умов геріатричного пансіонату.

За допомогою анкетування, яке ми провели в геріатричному пансіонаті ми побачили, що люди до яких був застосований індивідуальний підхід при наданні соціальної послуги, адаптувались швидше до нового життєвого середовища і почали вести активний, повноцінний спосіб життя. Приклади анкет та індивідуального плану розвитку знаходяться у Додатках А, Б, В. Г.

За допомогою анкетування ми виявили кількісні показники адаптації у людей похилого віку, які приймають участь у дослідженні і представили їх у Таблиці 1

Таблиця 1

Кількісні показники адаптації за проведеною Анкетою 1(І)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рівень | всього | %  показник | жінки | %  показник | чоловіки | % показник |
| Високий  «добре» | 40 | 44% | 25 | 50% | 15 | 37,5% |
| Середній  «задовільно | 25 | 28% | 15 | 30% | 10 | 25% |
| Низький  «незадовільно» | 25 | 28% | 10 | 20% | 15 | 37,5% |

Високий рівень з позначкою «добре» мають 40 осіб, що складає 44% середній рівень з позначкою «задовільно» мають 25 осіб, що складає 28%, низький рівень з позначкою «незадовільно» мають 25 осіб, що складає 28%. Із них жінок – 25 (50%), чоловіків – 15 (37,5%) мають високий рівень адаптації, середній: 15 – жінок (30%), 10 – чоловіків (25%) і низький рівень у 10 – жінок (20%) і 15 – чоловіків (37,5%). Таким чином ми бачимо, що жінки пристосовуються швидше до нових умов життя у геріатричному пансіонаті.

Оброблені кількісні показники надання соціальної послуги ( Див. Додаток Б) у відсотках нами представлені на Рисунку 3.1 – загальні, у Рисунку 3.2 – адаптація у жінок, у Рисунку 3.3 – адаптація у чоловіків

Рис.3.1 Загальні показники рівня адаптації у відсотках у чоловіків та жінок разом

Отже, 40 осіб, що складає 44% мають високий рівень адаптації (добрий) до нового життєвого середовища, 25 осіб, що складає 28% мають середній рівень адаптації (задовільний) та 25 осіб, що складає 28% мають низький рівень (незадовільній) адаптації до нового життєвого середовища.

Розглянемо показники адаптації до нового життєвого середовища окремо у чоловіків і у жінок (Див. Додаток Б) представлені на Рис.3.2 та Рис.3.3

Рис.3.2 Показники адаптації у відсотках у жінок до нового життєвого середовища

Отже, за вище зазначеною діаграмою ми бачимо, що у 25 жінок (що складає 50%) показник адаптації високий (добрий), у 15 жінок (30%) – мають середній (задовільний) показник адаптації до нового життєвого середовища і 10 жінок (20%) мають низький (незадовільний) показник адаптації до нового життєвого середовища.

Рис.3.3 Показники адаптації у відсотках у чоловіків до нового життєвого середовища

Отже, ми бачимо що 15 чоловіків( що складає 37,5%) мають високий (добрий) рівень адаптації до нового життєвого середовища, 10 чоловіків (25%) – середній (задовільний) рівень та 15 чоловіків (37,5%) мають низький (незадовільний) рівень адаптації.

Визначення індивідуальних потреб за Анкетою 1 (ІІ) (Див. Додаток Б) дали результати, які зазначені у Таблиці 2

Таблиця 2

Показники індивідуальних потреб за (разом у чоловіків і жінок) Анкетою 1 (ІІ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Прийом  їжі | % | Купання, особисти туалет, одягання і взування | % | Пересування | % | Користування мобільним телефоном | % | Дрібні покупки | % |
| самостійно | 60 | 67% | 55 | 61% | 55 | 61% | 60 | 67% | 40 | 45% |
| незначна  допомога | 15 | 17% | 20 | 22% | 20 | 22% | 0 | 0% | 20 | 22% |
| спеціальна  допомога | 10 | 11% | 10 | 11% | 10 | 11% | 10 | 11% | 10 | 11% |
| постійна допомога | 5 | 5% | 5 | 6% | 5 | 6% | 20 | 22% | 10 | 22% |

Тепер розглянемо детально ці показники у відсотках за Анкетою 1(ІІ) (Див. Додаток Б), які представимо у діаграмах нижче.

Рис.3.4 Показники індивідуальних потреб (прийом їжі) у відсотках

Отже, 60 людей приймають їжу самостійно, що становить 67%, 15 осіб потребують незначної сторонньої допомоги, що становить 17%, 10 осіб потребують допомоги із застосуванням спеціального посуду та спеціальних засобів, що становить 11%, 5 осіб потребують постійної допомоги (самі не харчуються), що становить 5%.

Рис.3.5 Показники індивідуальних потреб (купання, особистий туалет, одягання і взування) у відсотках

Отже, 55 осіб, що становить 61% можуть купатися, проводити особистий туалет, одягатись і взуватись самостійно, 20 осіб, що становить 22% - потребують незначної допомоги при виконанні цих дій, 10 осіб, що становить 11% потребують спеціальної .допомоги і 5 осіб, що становить 6% - потребує постійної сторонньої допомоги при купанні, особистому туалеті, одяганні і взуванні.

Рис.3.6 Показники індивідуальних потреб (пересування) у відсотках Отже, 55осіб, що становить 61% можуть пересуватись самостійно, також на далеку відстань, 20 осіб, що становить 22% - потребують незначної сторонньої допомоги при пересуванні, 10 осіб, що становить 11% потребують спеціальної допомоги (застосування візків, ходунів, палиць), 5 осіб, що становить 6% потребують постійної сторонньої допомоги та супроводженні при пересуванні.

Рис.3.7 Показники індивідуальних потреб (користування мобільним телефоном) у відсотках

Отже, при користуванні мобільним телефоном ми маємо такі показники 60 осіб, що становить 67% - можуть користуватись самостійно, 10 осіб, що становить 22% чоловік можуть користуватись при постійній сторонній допомозі, 10 осіб, що становить 11% - потребують спеіальної допомоги (телефони для незрячих, для слабо чуючих) і 0 осіб(0%) потребують незначної допомоги.

Рис.3.8 Показники індивідуальних потреб (дрібні покупки) у відсотках (Анкета 1(І)

Отже, при здійснені дрібних покупок маємо такий результат 40 осіб. Що становить 45% роблять покупки самостійно, 20 осіб, що становить 22% - з незначною стороннєю допомогою, 10 осіб, що становить 11% потребують спеціальної допомоги і 20 осіб, що становить 22% - самі не здійснюють покупки (за них це роблять працівники пансіонату).

Зараз проаналізуємо показники представлені в Анкеті 2, що покажуть нам результати оцінки надання соціальної допомоги людям похилого віку які проживають у геріатричному пансіонаті;

1. Чи ознайомлені Ви із Державними стандартами соціальних послуг?

* Ознайомлені 80 осіб, що складає 89%;
* Не ознайомлені 10 осіб, що складає 11%.

1. Чи відповідають Вашим потребам послуги, що визначені, що визначенні в договорі, індивідуальному плані соціальної послуги стаціонарного догляду?

* Відповідають 70 осіб, що складає 78%;
* Не відповідають 20 осіб, що складає 22%.

1. Чи обслуговування в пансіонаті відповідає Вашим потребам?

* Відповідають 70 осіб, що складає 78%;
* Не відповідають 20 осіб, що складає 22%.

1. Чи отримуєте Ви послуги, які вам потрібні своєчасно, регулярно, та вони є доступними для Вас?

* Відповідають 70 осіб, що складає 78%;
* Не відповідають 20 осіб, що складає 22%.

1. Чи покращився ваш психологічний та емоційний стан у процесі надання послуги, порівняно з періодом, коли соціальна послуга не надавалась?

* Покращився 75 осіб, що становить 96%;
* Не покращився 15 осіб, що становить 4%.

1. Чи задоволені Ви ставленням до себе працівників пансіонату?

* Задоволені 60 осіб, що становить 67%;
* -не задоволені 30 осіб, що становить 33%.

1. Чи знаєте Ви свої права, як отримувач соціальної послуги?

* Знають 65 осіб, що становить 72%;
* Не знають 25 осіб, що становить 28%.

1. Чи мали місце з боку персоналу неповага до Вашої гідності?

* Так 15 осіб, що становить 17%;
* Ні 75 осіб, що становить 83%.

1. Чи знаєте Ви куди звернутися у разі непорозуміння між Вами та працівниками пансіонату?

* Так 65 осіб, що становить 72%;
* Ні 25 осіб, що становить 28%.

1. Як на Вашу думку, що може суттєво вплинути на підвищення якості надання соціальної послуги?

– посилення контролю за якістю наданням соціальної послуги:

70 осіб.

– збільшення штату працівників:

90 осіб.

– навчання персоналу новим способам роботи:

80 осіб

– орієнтація на потреби підопічних:

90 осіб.

– удосконалення нормативної бази

65 осіб.

– все задовольняє, зміни не потрібні:

Таких не виявлено.

Інше: 60 чоловік вважають, що в штат геріатричного пансіонату потрібно ввести психолога для прискорення і покращення адаптації людей похилого віку до нового життєвого середовища.

Далі розглянемо представлені показники оцінки надання соціальних послуг у відсотках за Анкетою 2 (Див. Додаток В)

Рис.3.9 Показники оцінки надання соціальної послуги у відсотках що до ознайомлення з Державними стандартами (1 питання)

Отже, ми бачимо такий результат, 80 осіб (89%) похилого віку які проживають в геріатричному пансіонаті ознайомлені з Державними стандартами надання соціальної послуги, а 10 осіб (11%) не ознайомлені с цими стандартами.

Рис. 3.10 Показники оцінки надання соціальної послуги у відсотках щодо відповідності послуг, які надаються у пансіонаті (2,3,4 питання)

Отже, 70 осіб (78%) зазначили, що послуги відповідають їх потребам і надаються своєчасно, що визначені в договорі, та індивідуальному плані соціальної послуги, а 20 осіб, що становить 22% зазначили, що послуги зазначені у договорі не відповідають їх потребам і не надаються своєчасно.

Рис. 3.11 Показники оцінки надання соціальної послуги відсотках що до покращення психологічного та емоційного стану (5 питання)

Отже, 75 осіб, що становить 96% вважає, що їх психологічний та емоційний стан покращився у процесі надання соціальної послуги, а 15 осіб, що становить 4% - вважають, що їх стан не покращився.

Рис.3.12 Показники оцінки надання соціальної послуги відсотках що до задоволення ставленням до себе працівників пансіонату (6 питання)

Отже, 60 осіб, що становить 67% задоволені ставленням до себе працівників пансіонату, а 30 осіб, що становить 33% - не задоволені.

Рис.7.13 Показники оцінки надання соціальної послуги відсотках що до ознайомлення с правами отримувача соціальної послуги та знають куди звернутись (7, 9 питання)

Отже, 65 осіб, що становить 72% ознайомлені з своїми правами і знають куди звернутись у разі порушення цих прав, а 25 осіб, що становить 28% - не ознайомлені і не знають куди звернутись у разі потреби.

Рис. 3.14 Показники оцінки надання соціальної послуги відсотках що до стосунків між персоналом і підопічними (8 питання)

Отже, 15 осіб, що становить 17% людей мали проблеми з боку персоналу (відчували неповагу до своєї гідності), 75 осіб, що становить 83% - таких проблем не мали.

На основі проведених нами діагностичних дій для літніх людей, які приймали участь у досліджені ми розробили індивідуальний план надання соціальної послуги для покращення адаптації до нового життєвого середовища. Представлений у Додатку Г

Заходи організовуються та здійснюються з урахуванням ступеня індивідуальної потреби, стану здоров’я, віку та вподобань отримувача соціальної послуги.

Час, необхідний для виконання заходів з надання соціальної послуги, подано орієнтовно (як середній показник), він може відрізнятися з огляду на індивідуальні потреби, стан здоров’я, вік та вподобання отримувача соціальної послуги.

Для вирішення проблеми адаптації нами розроблений тренінг, який складаеться із 7 зайнять.

Одним із шляхів адаптації літніх людей до умов геріатричного пансіонату є організація такого соціального оточення, яке формує поле міжособистісних відносин і задовольняє одну з важливих соціальних потреб – потребу в прийнятті та спілкуванні.

Дослідження засвідчують, що однією із проблем літніх людей, які мешкають в геріатричному пансіонаті є обмежене комунікативне коло та відсутність повсякденної зайнятості. Життя багатьох людей похилого віку обмежується рамками закладу, в якому вони мешкають. У комунікативне коло мешканців пансіонату входять обслуговуючий персонал та сусіди по кімнаті. Почуття самотності, непридатності, покинутості, відсутність перспектив і сенсу життя зумовлюють виникнення психічних порушень.

Робота соціального працівника, який працює в закладі соціального обслуговування має бути направлена на задоволення потреби в спілкуванні та організацію повсякденної зайнятості. З огляду на це було розроблено тренінг «Формування навичок спілкування як основа успішної адаптації до нового соціального середовища», який задовольняє потребу в спілкуванні, а також виступає певною формою повсякденної зайнятості.

Категорія учасників тренінгу: люди літнього віку, які досягли 60 років, що мешкають в закладі соціального обслуговування – геріатричному пансіонаті.

Кількість учасників тренінгу: 20-25 осіб, учасники поділені на групи.

Час, необхідний для проведення тренінгу: 7 днів.

Мета тренінгу: інформування та набуття учасниками тренінгу нових навичок у сфері спілкування, зменшення проявів конфліктної поведінки, формування в учасників тренінгу позитивного ставлення до життя та бажання до успішної адаптації в нових умовах життєдіяльності.

Очікувані результати:

1. Систематичне проведення тренінгів з людьми похилого віку, які мешкають в геріатричних пансіонатах.

2. Покращення психологічної атмосфери в стихійно сформованих групах пансіонату.

3. Успішна адаптація до нового соціального середовища.

4. Розширення програми тренінгів для літніх людей враховуючи їх спектр проблем.

Назва занять:

Заняття №1 «У чому полягає сенс життя»

Заняття №2 «Нова людина очима інших»

Заняття №3 «Актуалізація навичок спілкування»

Заняття №4 «Спілкуємося без конфліктів»

Заняття №5 «Вплив ситуації на ефективність спілкування»

Заняття №6 «Внутрішній комфорт - внутрішня впевненість»

Заняття №7 «Наша взаємодія – результат позитивно спрямованого спілкування»

Основні навчальні методи, які передбачається використовувати:

1. Вправи.

2. Настановчі доповіді.

3. Рольова гра.

4. Міні-лекції.

Роздаткові матеріали: 1. Малюнки. 2. Пам’ятка про смисл життя. 3. Пам’ятка «Саме сьогодні». 4. Карточки із ціннісними орієнтаціями. 5. Плакат з переліком групових ціннісних орієнтацій. 6. Різнокольорові карточки. 7. Зображення вовка (4 шт.), кози (3 шт.), козлят (8 шт.) 8. Малюнок із зображенням «Куба». 9. Карточки із написами тварин. 10. Надруковані окремі літери, з яких складаються слова. 11. Карточки з крилатими висловами. 12. Зображення пори року. 13. Карточки із різними словами. 14. Пазли.

Наочні аудиторні матеріали: 1. Плакат із зазначенням правил тренінгу. 2. Плакат із переліком групових цінностей.

Тривалість тренінгу - 7 днів, тренінгових занять приблизно 1 год -1 20 хв.

Соціально-педагогічний зміст та завдання основних напрямків тренінгової роботи з літніми людьми, які проживають в геріатричних пансіонатах

Інформаційний. Важливість та доцільність проведення тренінгу як групової форми роботи з літніми людьми. У процесі тренінгових занять створювалося неформальне, невимушене спілкування, яке відкриває перед групою безліч варіантів розвитку й розв‘язання проблеми пристосування до змінених умов життєдіяльності. Використовуючи методи спостереження та бесіди було виявлено основні проблеми літніх людей (труднощі в налагодженні дружніх стосунків, конфліктність у взаємодії з мешканцями пансіонату, відсутність смислу життя, неспроможність задовольнити потребу в спілкуванні, невміння слухати та розуміти інших, не сприйняття думок інших, егоцентризм, невміння правильно доносити інформацію до інших). Цей спектр проблем людей похилого віку, які мешкають в геріатричному пансіонаті слугував основою для розроблення тренінгу. Реалізований на усіх заняттях.

Особистісний. Здатність літньої людини знаходити цілі, які відповідатимуть її сьогоднішньому етапу життя. Навчити літню людину жити сьогоднішнім днем. Оволодіти ефективними способами рефлексії, здатністю оцінити особистісні якості іншої людини, які сприятимуть успішній адаптації до нових умов життєдіяльності. Оволодіння навичками ефективного спілкування. Формування здатності уникати конфліктів у новому середовищі життєдіяльності. Оволодіння навичками вербалізувати свої почуття переживання щодо певної ситуації. Оволодіння навичками невербального спілкування. Формування здатності до зняття внутрішньої напруги через вербалізацію своїх почуттів. Реалізований на усіх заняттях

Екзистенційний. Аналіз ціннісних орієнтацій кожного учасника групи та групових цінностей. Виявлення рис, які важливі при входженні в нове соціальне середовище та сприяють успішній адаптації. Реалізований на занятті №2.

**Висновки до ІІІ Розділу**

На сьогоднішній день поняття «соціальна адаптація» належить до тих універсальних категорій, які тією чи іншою мірою вивчаються багатьма науками про людину і суспільство. Кожну з цих наук об’єднає той факт, що соціальна адаптація - це одночасно і процес, і стан. Соціальне призначення адаптації реалізується через її функції. Однією з основних функцій є розвиток особистості, зростання її потреб та підвищення рівня культури.

Проаналізувавши дослідження проведені з цієї проблематики варто зазначити, що велику роль в геріатричних установах має відчуття контролю з боку літніх людей. Мешканці цих установ повинні самостійно приймати рішення і контролювати певні ситуації, адже це впливає на їхнє фізичне та моральне самопочуття.

Під час аналізу, ми виявили, що передумови потрапляння літніх людей доцільно поділяти на – соціально-економічні, психологічні, особистісні та фізичні, а й на – добровільні, вимушені та примусові.

В ході дослідження було виявлено основні зовнішні чинники соціальної адаптації: належні умови проживання, які допоможуть мешканцям повноцінно функціонувати (наявність пандусів, медичне обладнання); організація дозвілля (різноманітні гуртки, бібліотека, спортзал); наявність соціально-медичної допомоги; контакт із зовнішнім світом (мандрівки, прощі, арт-терапія, відвідування театрів); спілкування з іншими жителям; якісне харчування. Людям похилого віку важливо відчувати свою соціальну значущість та потрібність в державі.

Активніше адаптуються до нового середовища ті люди, які потрапили добровільно в геріатричні установи, а більш пасивно адаптуються ті, хто потрапив примусово. Жінки адаптуються швидше ніж чоловіки.

На основі проведених нами діагностичних дій для літніх людей, які приймали участь у досліджені ми розробили індивідуальний план надання соціальної послуги для покращення адаптації до нового життєвого середовища. Представлений у Додатку В

Заходи організовуються та здійснюються з урахуванням ступеня індивідуальної потреби, стану здоров’я, віку та вподобань отримувача соціальної послуги.

Для покращення роботи соціальних працівників та швидшої адаптації люди похилого віку вважають за потрібне:

– посилення контролю за якістю наданням соціальної послуги:

70 осіб.

– збільшення штату працівників:

90 осіб.

– навчання персоналу новим способам роботи:

80 осіб

– орієнтація на потреби підопічних:

90 осіб.

– удосконалення нормативної бази

65 осіб.

Також 60 чоловік вважають, що в штат геріатричного пансіонату потрібно ввести психолога для прискорення і покращення адаптації людей похилого віку до нового життєвого середовища.

З’ясовано, що ефективною формою роботи соціального працівника в геріатричному пансіонаті для покращення адаптації до нового життєвого середовища та покращення емоційного та психологічного станів є тренінгова робота.

Очевидним є те, що соціальна адаптація відбувається не лише в людей літнього віку, які перебувають в геріатричній установі, а й тією чи іншою мірою здійснюється у людей, які там працюють – це може слугувати підставою для подальших досліджень.

**ВИСНОВКИ**

У магістерській роботі здійснено теоретичне узагальнення та запропоноване нове вирішення актуальної наукової проблеми, що полягає в розробці змісту даного адаптивного процесу, створенні моделі адаптації людини похилого віку до умов нового соціального середовища, а також обґрунтуванні оптимальних соціально-педагогічних умов, які зумовлюють адекватні форми і методи адаптації.

Результати проведеного теоретичного й соціологічного дослідження підтвердили правомірність основних ідей і положень стосовно адаптації людей похилого віку та засвідчили розв’язання поставлених завдань і дали підстави для наступних висновків:

1. Теоретичний інтерес до проблеми адаптації людини похилого віку в нашій країні визначається внутрішніми потребами самої теорії адаптації та напрямами і змістом соціальної педагогіки. У роботі всебічно узагальнено і науково висвітлено низку питань щодо адаптації людей похилого віку в умовах геріатричного пансіонату. Обґрунтована позиція системної поетапної роботи, розроблена модель адаптації людей похилого віку до нового соціального середовища, визначені особливості застосування різних соціально-педагогічних технологій у процесі соціально-педагогічної роботи в закладах соціального обслуговування. Доведена складність і багатогранність феномена адаптаційного процесу, наявність різноманітних поглядів щодо розуміння його суті, технологічних операцій та їх механізмів.

2. На основі теоретичного аналізу психологічної, соціально-педагогічної літератури розкрито й обґрунтовано необхідність адаптації людини похилого віку до умов нового соціального середовища. Аналіз літератури дозволив з’ясувати основні підходи щодо розуміння змісту базових понять: «адаптація», під яким ми розуміємо процес, за допомогою якого досягається стан єдності між особистістю (людиною похилого віку) та соціальним середовищем (геріатричним пансіонатом); «людина похилого віку» – це особистість, яка пройшла періоди розвитку та знаходиться на завершальному етапі свого життя, коли відбуваються зміни на фізіологічному, соціальному та психологічному рівнях, що призводить до акцентуації певних рис характеру; «соціальне середовище» – це частина соціуму, яка є самостійною організацією зі специфічною структурою (геріатричний пансіонат є об'єктивним фактором, що визначає життєві настанови, особистісну спрямованість, характер потреб, інтересів, ціннісних орієнтацій, реальну поведінку тих, хто там мешкає).

Аналізуючи проблему адаптації, нами зроблено висновок про необхідність урахування характерологічних властивостей, притаманних людям похилого віку, котрі потрапляють до геріатричного пансіонату: погіршення самопочуття, самовідчуття, зниження самооцінки, посилення почуття самоцінності, невпевненості в собі, незадоволеність собою; роздратованість, песимістичність, егоїстичність, зниження здатності радіти та інтересу до зовнішнього світу; звуження кола інтересів, поява підвищеного інтересу до переживання минулого, до його переоцінки; послаблення контролю за своїми реакціями.

3. З’ясовано, що в процесі адаптації людини похилого віку до умов нового соціального середовища велику роль відіграють фактори адаптації. Виокремлено зовнішні (соціальне середовище, в якому знаходиться літня людина) і внутрішні (індивідуальні, психологічні властивості людини та вікові зміни психіки – динаміка окремих структур особистості, а також соціально-психологічні параметри, пов’язані зі зміною соціальних ролей). З погляду завдань магістерської роботи було також досліджено фактори адаптації людини похилого віку, що сприяють (профілактика негативного ставлення до будинків-інтернатів, профілактика соціальної деривації, правильно організоване з педагогічної точки зору дозвілля, навчання правильному спілкуванню і міжособистісним відносинам, залучення літніх людей до суспільно корисної діяльності, створення умов для підтримання контактів із зовнішнім світом, профілактика конфліктних ситуацій у результаті психологічної несумісності), та ті, що перешкоджають (дефіцит у догоспіталізаційний період інформації, відсутність психологічної готовності до зміни життєвого стереотипу, індивідуально-психологічні особливості, обмеження зайнятості людини похилого віку, усунення від вирішення важливих проблем, залежність від медичного персоналу, несумісність з мікрогрупою, обмеження побутового комфорту, психологічне усвідомлення приреченості на перебування в будинку-інтернаті) процесу адаптації мешканців до умов нового соціального середовища.

4. У ході дослідження розроблено й апробовано соціально-педагогічні умови, що впливають на процес адаптації людини похилого віку: на індивідуальному, мікрогруповому та макросередовищному рівнях. Кожна група соціально-педагогічних умов має свої ознаки. Так, на індивідуальному рівні простежуються досягнення внутрішньої особистісної гармонії, самооцінка, формуються психологічна стійкість; на рівні мікрогрупи відбувається досягнення гармонійної взаємодії між мешканцями пансіонату, зникають конфліктні ситуації, створюються умови для розширення кола спілкування, проявляються вміння правильно висловлювати свої думки, розуміти інших на невербальному рівні, приймати точку зору інших; на макросередовищному рівні відзначаються досягнення стану узгодженості можливостей літньої людини з можливостями макросередовища.

5. Доведено, що процес адаптації людини похилого віку до умов нового соціального середовища потребував визначення механізмів адаптації – діяльність, спілкування та самосвідомість особистості*.* Адаптацію суб’єкта життєдіяльності необхідно розглядати як дію цілісної функціонуючої системи механізмів; повноцінне включення в діяльність та активне пристосування особистості; розширення змісту соціальних цінностей і взаємодії з іншими індивідами; усвідомлення приналежності «я» до «ми» і до соціального середовища.

6. Для вирішення окресленої мети дослідження було розроблено модель адаптації людей похилого віку до нового соціального середовища, основні складові якої дозволили спроектувати адекватне середовище для життєдіяльності мешканців геріатричного пансіонату. В основу запропонованої моделі покладено етапи, соціально-педагогічні умови та механізми адаптації, чинники, які впливають на процес адаптації людини похилого віку.

7. Здійсненна дослідницька робота з упровадження розроблених соціально-педагогічних умов в життєдіяльність геріатричного пансіонату засвідчує, що процес адаптації мешканців пансіонату проходить більш ефективно після впровадження відповідних соціально-педагогічних умов, технологій і механізмів. З’ясовано, що ефективною формою роботи соціального працівника в геріатричному пансіонаті для покращення адаптації до нового життєвого середовища та покращення емоційного та психологічного станів є тренінгова робота.

Дослідження не вичерпує всіх аспектів розв’язання проблеми адаптації людей похилого віку до нового соціального середовища. Подальшого вивчення потребує низка питань, розв’язання яких сприятиме поглибленню теорії та практики щодо соціальної роботи з людьми похилого віку, зокрема: пошуки діагностичних методик та інструментарію вивчення особливостей даної категорії людей, їх поведінки й діяльності в нестандартних соціальних умовах; вивчення психолого-педагогічних засад організації життєдіяльності з метою формування навичок входження в нове середовище; застосування інноваційних програм, завдяки впровадженню яких можна виявити ефективні технології соціально-педагогічної, соціально-психологічної допомоги іпідтримки людей похилого віку в різних умовах їх функціонування.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Актуальные проблемы в геронтологии: Сообщ. конф/Подгот. Г. Суворова //Врач. – 1996 - №7 – с. 37-38.
2. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л. 1969 – 285 с.
3. Альперович В.Д. Геронтология. Старость. Социокультурный портрет: Учеб. пособие – М.: Приор: эксперт. бюро, 1998 – 270с.
4. Амосов Н.М. Эксперимент по преодолению старости. – М.: АСТ; Донецк: Сталкер, 2003 – 130с.
5. Бордаренко И.Н.// Медицинские и социальные вопросы в геронтологии: Сборник статей и тезисов докладов 2-го Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара. 1997. – Ч1. – с 27-29.
6. Бедный М. С. Демографические процессы и прогнозы здоровья насиления. – М., 1980.
7. Вопросы геронтологии. Материалы Всероссийской научной конференции по геронтологии и гериатрии, организации медицинской, лекарственной и медико-социальной помощи ветеранам отечественной войны, посвященной 50-летию победы. Под ред. Ю.С. Пименова , Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева. Самара: Самарский Дом печати, 1995 – 252с.
8. Галкин Р.А., Гехт И.А., Суслин С.А. Организация медико-социальной помощи лицом пожилого возраста в сельской местности / Под ред. Р.А. Галкина. – Самара: Издательство ГП «Перстектива», 2001 – 208с.
9. Галкин Г.А., Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Пожилой пациент. – Самара. ГП «Перспектива» - 1999 – 544с.
10. Гериатрия: Учеб. пособие / Д.Ф. Чеботарев, В.В. Фролькис, О.В. Коркушко и др., Под ред. Д.Ф. Чеботарева. – М.: Медицина, 1990 – 240с.
11. Гурович И.Я. Социальная и клиническая психиатрия. 1995; 4: 42 - 52.
12. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. - М.: Медицина, 1977, 173 с.
13. Журавлева Т.П. Основы гериатрии: Учебное пособие для студентов учреждений сред. проф. образования. – М.: ФОРУМ: ИНФРА – М, 2003 – 271с.
14. Зозуля Т.В., Телешова Е.С. Вопросы стационарной геронтопсихиатрической помощи и влияние психосоциальных факторов на частоту госпитализации. Сборник ВНЦПЗ РАМН. М., 1991.
15. З а к о н У к р а ї н и “Про соціальну роботу” проект прийнято за основу 29.11.2005.
16. Карсаевская Т.В. Человек стареющий. Л. 1989
17. Киселев С.Г. // Медицинские и социальные вопросы в геронтологии: Сборник статей и тезисов докладов 2-го Международного семинара по вопросам пожилых «Самарские лекции». – Самара. 1997. – Ч1. – с 27-29.
18. Козлов А. А. Социальная герентология. – М., 1995.
19. Козлов А.А. Социальная работа за рубежом: состояние, тенденции, перспективы: Сборник научных очерков. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998 – 224с.
20. Коркушко О.В., Чеботарев Д.Ф. Колинковская В.Г. / Гериатрия в терапевтической практике. – Киев: Здоровье, 1993. – 840с.
21. Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия: Учебник. – Москва, Самара: Самарский Дом печати, 1997. – 800с.
22. Курцмен Дж., Гордон Ф. Да сгинет смерть! Победа над старением и продление человеческой жизни. М. 1987.
23. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию / Г.П. Медведева. Академия педагогических и социальных наук; Московский психолого-социальный институт. – М., Воронеж, 2000 – 95с.
24. Медико-соціальні основи здоров'я: Навчальна програма базової підготовки по соціальній роботі / А.В. Мартыненко. - М.: Інститут молоді, ММА ім. И.М. Сєченова, 1993. -116с.
25. Медицинская карта гериатрического стационарного больного – быть или не быть? / Э.С. Пушкова, Г.М. Подопригора // Сестринское дело. – 2004 - №2 – с. 26-29
26. Медицинские и социальные проблемы в геронтологии: Материалы III Международного семинара по проблемам пожилых «Самарские лекции». Под ред. Г.П. Котельникова, О.Г. Яковлева, Н.О. Захаровой. Самара: Самарский Дом печати; 1998 – 176с.
27. Медицинские проблемы пожилых: Сборник научных работ / Республиканская больница ветеранов войны, Мар. Университет, Мар. республиканское отделение научного общества геронтологов, РАН; Под редакцией А.В. Смирнова. – Йошкар-Ола: 1999 – 207с.
28. Медицинские проблемы пожилых. Сборник научных статей, - Йошкар-Ола: 1999 – 209с.
29. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Женева. Санкт-Петербург: Оверлайнд, 1994. 303 с.
30. Основы соціальної медицини: Учбово-методичний посібник /Під ред. А.В. Мартыненко. - М.: Соціум, 1998. - 89 с.
31. Руководство по гериатрии. / Под ред. Д.Ф. Чеботарева. - М.: Медицина, 1982.
32. Руководство по гериатрии / Под ред. А.В. Снежневского. Том 2., - М.: Медицина, 1983.
33. Судаков К.В. Диагноз здоровья. - М., 1993. - С. 21-22.
34. Сачук Н.Н. К вопросу изучения взаимосвязи между состоянием здоровья пожилых людей и их семейным положением // Здравоохранение РФ. – 1984.
35. Сестринские инновации – итоги внедрения: Материал конференции / Подготовила В. Леонова // Сестринское дело. – 2004 - №1. – с. 13-16
36. Современные аспекты сестринского дела в гериатрии / Г.М. Подопригора // Медицинская сестра. – 2002 - №3 – с. 3-9
37. Социальная составляющая гериатрической практики / И.В. Маругина // Медицинская сестра. – 2002 - №3 – с. 13-16
38. Соціальна робота: Навчальний посібник /Під ред. А.М.Панова, Е.И. Холостовой. - М.: Соціально-технологічний інститут, 1997. - 234 с.
39. Соціальна робота /Під загальною редакцією проф. В.И.Курбатова. - М., Ростову-на-Дону, "Фенікс", 1999, 576 с.
40. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых / Под редакцией Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2000 – 543с.
41. Стюарт-Гамельтон Ян. Психология старения: (Перевод с английского) Ян Стюарт-Гамельтон – 3-е международное издание – СПб., М.: Харьков: Питер, 2002 – 256с.
42. Толстых А. Возрасты жизни. М. 1988. - 223с.
43. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. М. 1999.- 192с.
44. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация: Учебное пособие 2-е издание – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2003 – 340с.
45. Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. Социальная геронтология: Учебное пособие.- М.: .: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2004 – 296с.
46. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие Е.И. Холостова – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и КО», 2002 – 295.
47. Шапиро В.Д. Социальная активность пожилых людей в СССР. М. 1983.
48. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М. Медицина. 1996. - 303с. 50.
49. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия.-М.:Медицина,1977. 214с.
50. Яцемирская Р.С., Біленька И.Г. Соціальна геронтологія. - М.: Владос, 1999.-202 с.

51. Богданова І. М. Соціальна педагогіка : Навч. посіб. — К. : Знання, 2008. — 343 с.

52. Большой психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. Спб. ; М. : Прайм — ЕВРОЗНАК : ОЛМА-ПРЕСС, 2004. - 666 с.

53. Беляева Л. А. Стратегии выживания, адаптации, преуспевания / Л. А. Беляева // СОЦИС. – 2001. – №6.4.

54. Воронина О. А. Внутриличностный конфликт и социально-психологическая работа с ним в условиях дома-интерната для престарелых / О. А. Воронина // Психология зрелости и старения. – 1999. – №2.

55. Литтл Б. Я, опять я и мы / Брайан Литтл. – Минск : Попурри, 2015. – 272

56. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура / Роберт Мертон. – Москва : АСТ, Хранитель, 2006. – 880 с.

57. Пиаже Ж. Избранные психологические труды / Ж. Пиаже. – М. : Международная педагогическая академия, 1994. – 680 с.

58. Ромм М. В. Философия и психология адаптивных процессов : учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений / М. В. Ромм. – М. : Издательство Московского психолого-социального института ; Воронеж : Издательство НПО «МОДЭК», 2006. – 296 с.

59. Спільнота взаємодопомоги «Емаус-Оселя» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://emaus-oselya.org/ua/?page_id=454>.

60. Соціальна робота як професійна діяльність. Вий. 3. Форми і методи соціальної роботи з людьми похилого віку/ Упор. Семигіна Т., Кабачєнко Н.— К.: Київ. ін-т соціальн. та общинних працівників, 2002.- 24 с.

61. Тюптя Л. Т. Соціальна робота : теорія і практика [Текст] : Навч.посіб. – 2-ге вид., перероб. і доп. / Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. - К. : Знання, 2008. – 574 c.

62. Черниш Н. Й. Соціологія : підручник за рейтингово-модульною системою навчання / Н. Й. Черниш. – 5-те вид., перероб. і доп. – К. : Знання, 2009. – 468 с.

63. Чайкина Н. А. Психологическая структура профессиональной адаптации молодого учителя [Текст] : Дис... канд. психол. Наук : 19.00.07 / Чайкина Наталия Александровна ; АПН Украины, Ин-т педагогики и психологии проф. образования. - К., 1996. - 173 л.

64. Langer, Ellen J. (2009). Counterclockwise : mindful health and the power of possibility. New York : Ballantine Books.

65. Долинська Л.В. Геронтопсихологія: Практикум. Хрестоматія. / Л.В. Долинська, Л.М. Співак. – К.: Каравела, 2012. – 240 с.

66. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. / Р. Кочюнас. – М.,: "Академический проект", 1999. – 240 с.

67. Лидерс А.Г. Возрастно-психологические особенности консультирования пожилых людей. / А.Г. Лидерс. // Психология зрелости и старения. – 1998. – № 4. – С. 13-22

68. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. ./ Б.Д. Карвасарский. – СПб.: Питер, 1998. – 742 с

69. Ушакова І.М. Психологічне консультування людей похилого віку. / І.М. Ушакова// Вісник ХНПУ ім. Г.С. Сковороди. Психологія. – Харків, 2007. – Вип.22. – С. 200-207.

70. Заброцький М.М. Основи вікової психології. навч. посібник / М.М. Заброцький. - Тернопіль: навч. книга – Богдан, 2009. – С.5 – 19.

71. Кутішенко В.П. Вікова та педагогічна психологія (курс лекцій): навч. посібник / В.П. Кутішенко. – К.: ЦНЛ, 2005. – С.5 -14.

72. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учебник / Л.Ф. Обухова. – М.: пед. об-во России, 2001. – С.7 – 25.

73. Поліщук В.М. Вікова та педагогічна психологія: навч.-метод. посібник / В.М. Поліщук. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2007. – С.59-76.

74. Савчин М.В. Вікова психологія.: навч. посібник / М.В. Савчин, Л.П. Василенко. – К.: Академвидав, 2005.- С.7-30.

75. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – СПб. ; Москва : Университетская книга: ACT, 1998. – 398 с.

76. Ермолаева М. В. Практическая психология старости / М. В. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.

77. Зоткин Н. В. Психология пожилого возраста в аспекте психологической и социальной работы : метод. рекомендации / Н. В. Зоткин. – Самара : СамГУ, 1996. – 35 с.

78. Крайг Г. Психология развития / Грейс Крайг. – СПб. : Питер, 2000. – 992 с.

79 Краснова О. В. Особенности социально-психологической адаптации в позднем возрасте / О. В. Краснова, Т. Д. Марцинковская // Психология старости и старения : хрестоматия / сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 183–197.

80. Малкина-Пых И. Г. Кризисы пожилого возраста / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Изд-во Эксмо, 2005. – 368 с.

81. Психология среднего возраста, старения, смерти / В. А. Аверин, А. А. Деркач, В. Г. Зазыкин и др. ; под ред. А. А. Реана. – СПб. ; М. : Прайм-еврознак : ОЛМАпресс, 2003. – 384 с.

82. Рыбакова Н. А. Феномен старости / Н. А. Рыбакова. – Москва-Псков, 2000. – 169 с.

83. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Ян Стюарт-Гамильтон. – 3-е изд. – СПб. : Питер, 2002. – 256 с.

84 .Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : учеб. пособие / О. В. Хухлаева. – М. : Академия, 2002. – 208 с.

85. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. – М. : Медицина, 1996. – 304 с.

1. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации. – Красноярск, 1993, 195с.
2. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. – М., 1991, 135с. (ЦИЭТИН)
3. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю. Социально-психологическая адаптація лиц старших возрастов в начальный период пребывания в домах-интернатах. /Методич. Рекоменд. – М., 1992, 18с. (ЦИЭТИН)
4. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболь А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности соціального работника. В кн.; Социальная работа в учреждениях здравохранения. – М., 1992.
5. Энциклопедия социальной работы (перевод с английского). – М., 1993, т.1, 480с.
6. Социальное обслуживание населения и социальная работа за рубежом. – М., 1994, 78с. (Институт социальной работы/ассоциация работников социальных служб).
7. Токарь А.В., Вержиковская Н.В. Организационное обеспечение координации медицинской и социальной помощи пожилому населению. В кн..; Медицинские и социальные проблемы старения. – Киев, 1987 (Институт социальной работы/ассоциация работников социальных служб)
8. Щирина М.Г. Демографичиские и клинико-эпидемиологические исследования в геронтопсихиатрии. – МРЖ, р.14, №12.
9. Чеботарев Д.Ф. Медико-социальные аспекты постарения населения. – Ж. Советское здравохранение., 1977, №6.
10. Карб єн Т. К*.* Последний этап: исторические аспекты зрелости и старости // Социальная геронтология: современные исследования.- М.: РЛН ИНИОІ1, 1994.
11. Яцемирская Р.С, Беленькая И.Г.Социальная геронтология- М.: ВЛАДОС, 1999.- 224 с.
12. Гулнна М.А., Духіювская А.Б. Психологимескне особенности людей пожилого Возраста// Психология социальной работы- СП6.: Питер> 2002.-С. 275.
13. Гранди 3., Иоулииг.9. Социология старения //Психиатрия позднего возраста: Пер. с англ.- К.: Сфера, 2001,- Т, 1.-С. 27.
14. Холостова Е. Ц*.* Стратификация возраста и активное старение// Психология зрелости и старения.- 2003.- № 4.--С. 17-25.
15. Соціальна робота як професійна діяльність. Вий. 3. Форми і методи соціальної роботи з людьми похилого віку/ Упор. Семигіна Т., Кабачєнко Н.— К.: Київ. ін-т соціальн. та общинних працівників, 2002.- 24 с.

**Додаток А**

Список осіб, які приймали участь в дослідженні

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | П.І.Б. | стать | вік |
| 1. | Валентин П. | чол | 66 |
| 2. | Людмила В. | жін | 76 |
| 3. | Наталʼя А. | жін | 77 |
| 4. | Лідія Г. | жін | 60 |
| 5. | Неля В. | жін | 64 |
| 6. | Олексій М. | чол | 78 |
| **7.** | Ігор П. | чол | 64 |
| 8. | Віктор І. | чол | **70** |
| 9. | Любов В. | жін | 75 |
| 10. | Олена В. | жін | 68 |
| 11. | Любов Г. | жін | 71 |
| 12. | Петро О. | чол | 80 |
| 13. | Артур С. | чол | 73 |
| 14. | Максим А. | чол | 61 |
| 15. | Олександир Б. | чол | 65 |
| 16. | Ольга П. | жін | 69 |
| 17. | Марина М | жін | 79 |
| 18. | Олена К. | жін | 62 |
| 19. | Клавдія Х. | жін | 80 |
| 20. | Юлія П. | жін | 73 |
| 21. | Інна Л. | жін | 64 |
| 22. | Надія Г. | жін | 66 |
| 23. | Анатолій Ф. | чол | 61 |
| 24. | Олександр Е. | чол | 68 |
| 25. | Валентина П. | жін | 62 |
| 26. | Оксана М. | жін | 70 |
| 27. | Марія П. | жін | 63 |
| 28. | Анна М. | жін | 67 |
| 29. | Олександра Б. | жін | 65 |
| 30. | Светлана П. | жін | 70 |
| 31. | Титяна Б. | жін | 72 |
| 32. | Зіна Т. | жін | 79 |
| 33. | Андрій Г. | чол | 73 |
| 34. | Руслан В. | чол | 67 |
| 35. | Денис С. | чол | 64 |
| 36. | Віталій С. | чол | 71 |
| 37. | Михайло Іванович | чол | 77 |
| 38. | Іван А. | чол | 70 |
| 39. | Степан П. | чол | 65 |
| 40. | Вікторія В | жін | 68 |
| 41. | Людмила В. | жін | 67 |
| 42. | Надія С. | жін | 65 |
| 43. | Максим А. | чол | 75 |
| 44. | Олег Я. | чол | 72 |
| 45. | Максим С. | чол | 72 |
| 46. | Вікторія Ч. | жін | 68 |
| 47. | Оксана А. | жін | 70 |
| 48. | Інна П. | жін | 71 |
| 49. | Юлія Ш. | жін | 72 |
| 50. | Валерій Ф. | чол | 78 |
| 51. | Станіслав Д. | чол | 73 |
| 52. | Сергій С. | чол | 71 |
| 53. | Анна В. | жін | 69 |
| 54. | Таіса А. | жін | 68 |
| 55. | Жанна І. | жін | 71 |
| 56. | Юлія Д. | жін | 63 |
| 57. | Олег І | чол | 67 |
| 58. | Іван Я. | чол | 65 |
| 59. | Ольга П. | жін | 70 |
| 60. | Захар П. | чол | 72 |
| 61. | Сергій З. | чол | 79 |
| 62. | Яков А. | чол | 73 |
| 63. | Ольга В. | жін | 67 |
| 64. | Ірина П. | жін | 64 |
| 65. | Ігор С. | чол | 71 |
| 66. | Олена М. | жін | 77 |
| 67. | Семен М. | чол | 70 |
| 68. | Віталій В. | чол | 65 |
| 69. | Віталій Д. | чол | 68 |
| 70. | Остап П. | чол | 67 |
| 71. | Олена В. | жін | 65 |
| 72. | Наталія Т. | жін | 75 |
| 73. | Дмитро А. | чол | 72 |
| 74. | Евген Е. | чол | 72 |
| 75. | Олена Ч. | жін | 68 |
| 76. | Інна П. | жін | 70 |
| 77. | Антон З. | чол | 71 |
| 78. | Зінаіда В. | жін | 72 |
| 79. | Марія МЧ. | жін | 78 |
| 80. | Світлана О. | жін | 73 |
| 81. | Олена Ф. | жін | 71 |
| 82. | Сергій М. | чол | 69 |
| 83. | Микола М. | чол | 68 |
| 84. | Ірина Ж. | жін | 71 |
| 85. | Філіпп Д. | чол | 74 |
| 86. | Генадій С. | чол | 69 |
| 87. | Євдокія Н. | жін | 70 |
| 88. | Ігор С. | чол | 78 |
| 89. | Ніна К. | жін | 71 |
| 90. | Андрій В. | чол | 70 |

**Додаток Б**

АНКЕТА 1

(щодо визначення індивідуальних потреб отримувача соціальної послуги у наданні соціальної послуги)

П.І. по Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(за бажанням)

Дата заповнення анкети\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

І

Чи задоволені Ви рівнем наданням соціальних послуг у геріатричному пансіонаті де ви проживаєте на даний час?

* Всокий рівень з позначкою «добре»:

Загальна кількість –

Жінки –

Чоловіки –

* Середній рівень з позначкою «задовільно»:

Загальна кількість –

Жінки –

Чоловіки –

* Низький рівень з позначкою «незадовільно»:

Загальна кількість –

Жінки –

Чоловіки –

ІІ

Критерії оцінки:

1. Прийом їжі:

* приготування до прийому їжі й прийом їжі здійснює самостійно, користується посудом, столовими приборами й побутовою технікою без труднощів;
* приготування до прийому їжі й прийом їжі здійснює самостійно із застосуванням спеціального посуду й технічних засобів реабілітації;
* потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги при приготуванні до прийому їжі й прийомі їжі (при розрізанні продуктів, приготуванні бутербродів), (до 25 % дій чи часу приймання їжі);
* постійна допомога при прийомі їжі

1. Купання:

* приймає ванну чи душ самостійно без труднощів;
* потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги при прийомі ванни чи душу, наприклад при виході з ванни чи душу, при роздяганні;
* потребує сторонньої допомоги при прийомі ванни чи душу;
* купання здійснюється тільки зі сторонньою допомогою в межах ліжка, у тому числі за допомогою ванни-простирадла.

1. Особистий туалет (вмивання, розчісування, чищення зубів, бриття, маніпуляції із зубними протезами):

* самостійно без труднощів;
* самостійно з труднощами;
* потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги;
* потребує сторонньої допомоги.

1. Одягання і взування:

* вдягається і взувається самостійно без труднощів;
* при вдяганні і взуванні потребує нагляду чи незначної сторонньої допомоги, наприклад, при застібанні ґудзиків, зав’язуванні шнурків;
* потребує значного обсягу сторонньої допомоги при вдяганні і взуванні;
* не може самостійно вдягатися і взуватися.

1. Відвідування й здійснення туалету:

* відвідує й здійснює туалет самостійно без труднощів;
* потребує незначної сторонньої допомоги й нагляду під час відвідування й здійснення туалету, застосування крісла-туалету, наприклад для збереження рівноваги, при роздяганні, вдяганні й інших діях;
* потребує значної сторонньої допомоги при відвідуванні й здійсненні туалету;
* туалет здійснюється тільки із застосуванням спеціальних засобів безпосередньо у ліжку (судно, підгузки).

1. Вставання й перехід з ліжка:

* переходить самостійно без труднощів;
* при переході потребує нагляду (чи мінімальної допомоги);
* може самостійно сидіти у ліжку, при переході необхідна часткова стороння допомога;
* може сідати й сидіти тільки за підтримки, перехід здійснюється за постійної сторонньої допомоги.

1. Пересування:

* може без сторонньої допомоги пересуватися;
* може ходити по помешканню без сторонньої допомоги;
* може пересуватися зі сторонньою допомогою;
* може пересувається за допомогою крісла-коляски.

1. Користування телефоном:

* може користуватися самостійно;
* може користуватися тільки спеціально обладнаним телефоном (наприклад через слабкий слух чи зір);
* може користуватися з невеликою допомогою чи набираючи тільки добре знайомі номери;
* може говорити по телефону, якщо хтось набере потрібний номер;
* не може користуватися.

1. Пересування на відстані, куди не можна дійти пішки:

* може пересуватися самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на таксі. Планує поїздки самостійно;
* може пересуватися самостійно, у тому числі громадським транспортом чи на таксі, після докладних словесних інструкцій;
* може пересуватися самостійно, з незначною сторонньою допомогою, у тому числі громадським транспортом чи на таксі;
* може пересуватися тільки з постійним супроводом громадським транспортом чи на таксі;
* не пересувається.

1. Дрібні покупки в магазині:

* може робити сам;
* може робити покупки з незначною допомогою;
* робить покупки за умови сторонньої допомоги й супроводу;
* не у змозі робити покупки.

**Додаток В**

АНКЕТА 2

(оцінки показників надання соціальної послуги стаціонарного догляду)

Інформація про отримувача соціальної пслугиﹾ

Прізвище,імя,побатькові\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вік\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стать\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Інвалідність, рупа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ступінь індивідуальної потреби в наданні соціальної послуги стаціонарного догляду\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Надавач соціальної послуги (установа):

Комунальний заклад «Дніпропетровський геріатричний пансіонат» Дніпропетровської обласної ради»

ЗАПИТАННЯ ДО АНКЕТИ

1. Чи ознайомлені Ви із Державними стандартами соціальних послуг?

1 - так 2 – ні

1. Чи відповідають Вашим потребам послуги, що визначені, що визначенні в договорі, індивідуальному плані соціальної послуги стаціонарного догляду?

1 - так 2 – ні

1. Чи обслуговування в пансіонаті відповідає Вашим потребам?

1 - так 2 – ні

1. Чи отримуєте Ви послуги, які вам потрібні своєчасно, регулярно, та вони є доступними для Вас?

1 - так 2 – ні

1. Чи покращився ваш психологічний та емоційний стан у процесі надання послуги, порівняно з періодом, коли соціальна послуга не надавалась?

1 - так 2 – ні

1. Чи задоволені Ви ставленням до себе працівників пансіонату?

1 - так 2 – ні

1. Чи заєте Ви свої права, як отримувач соціальної послуги?

1 - так 2 – ні

1. Чи мали місце з боку персоналу неповага до Вашої гідності?

1 - так 2 – ні

1. Чи знаете Ви куди звернутися у разі непорозуміння між Вами та працівниками пансіонату?

1 - так 2 – ні

1. Як на Вашу думку, що може суттєво вплинути на підвищення якості надання соціальної послуги?

– посилення контролю за якістю наданням соціальної послуги

– збільшення штату працівників

– навчання персоналу новим способам роботи

– орієнтація на потреби підопічних

– удосконалення нормативної бази

– все задовольняє, зміни не потрібні

інше\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Додаток Г**

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН**

**надання соціальної послуги стаціонарного догляду**

Прізвище, ім’я, по-батькові:

Вік :

Стать :

Сімейний стан :

Мова спілкування :

Індівідуальність,група :

Дата звернення :

Прізвище, ім’я, по-батькові надавача соціальної послуги (установа) :

Комунальний заклад “ Дніпропетровський геріатричний пансіонат” Дніпропетровської обласної ради “

Інформація щодо необхідності залученняінших фахавців : невролог,терапевт.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Назва заходу | Форма роботи (індивідуальна/ групова (І/Гр)) | Орієнтовний час виконання, періодичність (хв, середній показник)\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | **Забезпечення умов для стаціонарного перебування, забезпечення харчуванням** | | |
| 1.1 | Надання ліжко-місця з комунально-побутовими послугами в стаціонарних умовах |  |  |
| 1.2 | Забезпечення одягом, взуттям, постільною білизною, м’яким та твердим інвентарем і столовим посудом |  |  |
| 1.3 | Організація харчування (не менше ніж чотириразове) |  |  |
| 2 | **Допомога у дотриманні особистої гігієни, самообслуговуванні** | | |
| 2.1 | Годування (допомога під час прийому їжі) |  |  |
| 2.2 | Вмивання (допомога) Обтирання, обмивання (допомога) |  |  |
| 2.3 | Купання (допомога) |  |  |
| 2.4 | Чищення зубів (допомога) |  |  |
| 2.5 | Миття голови (допомога) |  |  |
| 2.6 | Розчісування (допомога) |  |  |
| 2.7 | Гоління (допомога) |  |  |
| 2.8 | Обрізання нігтів (без патології) на руках або ногах (допомога) |  |  |
| 2.9 | Стрижка волосся (не модельна) (допомога) |  |  |
| 2.10 | Вдягання, роздягання (допомога) |  |  |
| 2.11 | Зміна натільної білизни (допомога): майка, футболка, бюстгальтер, піжама, сорочка; труси |  |  |
| 2.12 | Зміна постільної білизни (допомога) |  |  |
| 2.13 | Допомога у користуванні туалетом (надання і винесення судна з подальшим його обробленням) |  |  |
| 2.14 | Допомога у пересуванні |  |  |
| 2.15 | Допомога у користуванні електроприладами, телефоном, іншими засобами комунікації |  |  |
| 3 |  | | |
| 3.1 | Спостереження за станом здоров’я |  |  |
| 3.2 | Лікарський обхід |  |  |
| 3.3 | Організація надання медичної допомоги |  |  |
| Супровід до медичного закладу |  |  |
| 3.4 | Надання першої медичної допомоги |  |  |
| 3.5 | Контроль за прийомом (допомога у прийомі) лікарських засобів |  |  |
| 3.6 | Збір матеріалів для лабораторних досліджень (кал, сеча) |  |  |
| 3.7 | Допомога у користуванні катетерами, калоприймачами |  |  |
| 3.8 | Вимірювання артеріального тиску |  |  |
| 3.9 | Закапування крапель |  |  |
| 3.10 | Проведення ін’єкцій |  |  |
| 3.11 | Накладання компресу, перев’язка |  |  |
| 3.12 | Промивання, змазування (вухо, горло, ніс) |  |  |
| 3.13 | Проведення очисних клізм |  |  |
| 4 |  | | |
| 4.1 | Нагляд і допомога під час проведення реабілітаційних заходів, у тому числі трудової реабілітації |  |  |
| 4.2 | Сприяння в отриманні технічних та інших засобів реабілітації |  |  |
| 4.3 | Навчання та вироблення практичних навичок самостійного користування технічними та іншими засобами реабілітації |  |  |
| 4.4 | Сприяння в організації звернень до реабілітаційних установ з метою отримання реабілітаційних послуг |  |  |
| 4.5 | Сприяння перегляду індивідуальних програм реабілітації |  |  |
| 5 |  | | |
| 5.1 | Нагляд і допомога під час проведення культурно-масової, оздоровчо-спортивної роботи та заходів із підтримки трудових навичок |  |  |
| 5.2 | Супровід під час прогулянок |  |  |
| 5.3 | Сприяння у забезпеченні книжками, журналами, газетами, іграми |  |  |
| 5.4 | Допомога у написанні та читанні листів |  |  |
| 5.5 | Сприяння у підтримці фізичного стану (допомога у виконанні лікувально-фізичних вправ) |  |  |
| 5.6 | Організація доступу до загальноприйнятих форм дозвілля (перегляд телепрограм, прослуховування радіопередач, відвідування концертних залів, кінотеатрів, театрів, відвідування лекцій, спортивних ігр і змагань, участь в екскурсіях, соціальних заходах, у роботі самодіяльних художніх колективів, гуртків тощо) |  |  |
| 5.7 | Проведення психологічної діагностики |  |  |
| 5.8 | Надання психологічної підтримки та рекомендацій щодо здорового способу життя, раціонального харчування тощо (бесіди, спілкування, мотивація до активності тощо) |  |  |
| 5.9 | Проведення занять щодо формування знань про власну хворобу, ознаки її загострення, вироблення навичок самоконтролю та самодопомоги (для осіб із психічними розладами та інтелектуальними порушеннями) |  |  |
| 5.10 | Організація та проведення занять у групах самодопомоги для осіб із психічними розладами |  |  |
| 5.11 | Психологічна консультація та підтримка комунікативних навичок, навичок соціального функціонування |  |  |
| 5.12 | Проведення навчальних, творчих занять, працетерапії з метою розвитку емоційної компетентності, організації денної зайнятості |  |  |

\* Час, необхідний для виконання заходів з надання соціальної послуги, подано орієнтовно (як середній показник), він може відрізнятися з огляду на індивідуальні потреби, стан здоров’я, вік та вподобання отримувача соціальної послуги.

|  |  |
| --- | --- |
| Примітка. | Заходи організовуються та здійснюються з урахуванням ступеня індивідуальної потреби, стану здоров’я, віку та вподобань отримувача соціальної послуги. |

Отримувач соціальної послуги :

(підпис)\_\_\_\_\_\_\_\_\_ П.І.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (підпис)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ П.І.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фахівець у сфері надання соціальної

послуги

(підпис) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_П.І.Б.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_