

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ
«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ
імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»
Факультет соціології і права
Кафедра філософії**

«До захисту допущено»
Завідувач кафедри
_____ Роман БОГАЧЕВ
«20» червня 2025 р.

**Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня бакалавра
зі спеціальності 231 Соціальна робота
освітньо-професійна програма «Міжнародні соціальні проекти
та волонтерська діяльність»
на тему: «Соціальна робота з людьми похилого віку з деменцією в
діяльності громадських організацій»**

Виконала:

Студентка IV курсу, групи СРз-11
Робенко Марина Миколаївна _____

Керівник:

Старший викладач кафедри філософії,
канд. пед. наук. доцент,
Наталія Євгенівна Тимошенко _____

Рецензент:

професор кафедри соціального забезпечення Черкаського державного
технологічного університету, доктор пед. наук, професор
Світлана Петрівна Архипова _____

Засвідчую, що у цій кваліфікаційній роботі немає
запозичень з праць інших авторів без відповідних
посилань.

Марина РОБЕНКО _____

Київ – 2025

**Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
Факультет соціології і права
Кафедра філософії**

Рівень вищої освіти – перший (бакалаврський)

Спеціальність 231 Соціальна робота

Освітньо-професійна програма «Міжнародні соціальні проекти та волонтерська діяльність»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

_____ Роман БОГАЧЕВ

«__» _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ

до виконання кваліфікаційної роботи здобувачки

першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

Робенко Марині Миколаївні

1. Тема роботи «Соціальна робота з людьми похилого віку з деменцією в діяльності громадських організацій», керівник роботи Тимошенко Наталія Євгенівна, старший викладач кафедри філософії, кандидат педагогічних наук, доцент, затверджені наказом по університету від «_____» _____ 2025 р. № _____

2. Термін подання студентом роботи: 05 червня 2025 р.

3. Вихідні дані по роботі:

Об'єкт дослідження: процес надання догляду вдома людям похилого віку з деменцією.

Предмет дослідження: особливості організації догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією громадськими організаціями.

Мета дослідження: дослідити особливості організації догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією в діяльності громадських організацій,

розробити програму навчання для соціальних робітників, спрямовану на вдосконалення їхньої професійної компетентності та перевірити її ефективність.

4. Зміст роботи:

ВСТУП

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕМЕНЦІЇ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

1.1. Наукові підходи до визначення поняття «деменція», причин, проявів та особливостей перебігу деменції у людей похилого віку

1.2. Соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією

1.3. Досвід догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією громадських організацій у зарубіжних країнах та в Україні

Висновки до першого розділу

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З 40 ДОГЛЯДУ ВДОМА ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕМЕНЦІЄЮ

2.1. Діяльність МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» щодо надання послуги «Догляд вдома» людям похилого віку з деменцією

2.2. Потреби соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією

2.3. Програма навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією та перевірити її ефективність

Висновки до другого розділу

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

5. Перелік ілюстративного матеріалу (із зазначенням плакатів, презентацій тощо): презентація до захисту та 30 рисунків:

Рис. 2.1 Відповіді респондентів на питання «Вік респондентів»

Рис. 2.2 Відповіді респондентів на питання «Стать респондентів»

Рис. 2.3 Відповіді респондентів на питання «Досвід роботи в організації МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»

Рис. 2.4 Відповіді респондентів на питання «Досвід участі у програмі «Збереження пам'яті»

Рис. 2.5. Відповіді респондентів на питання «Робота з людьми, які мають когнітивні порушення»

Рис. 2.6. Відповіді респондентів на питання «Проходження спеціалізованих тренінгів щодо роботи з людьми похилого віку»

Рис. 2.7. Відповіді респондентів на питання «Навички, отримані на тренінгах»

Рис. 2.8. Відповіді респондентів на питання «Рівень знань щодо синдрому деменції»

Рис. 2.9. Відповіді респондентів на питання «Методи роботи з людьми з деменцією»

Рис. 2.10. Відповіді респондентів на питання «Вистачання ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію»

Рис. 2.11. Відповіді респондентів на питання «Проблеми в роботі з категорією клієнтів з деменцією»

Рис. 2.12. Відповіді респондентів на питання «Участь родичів клієнтів з деменцією у заняттях з разом з соціальним робітником»

Рис. 2.13. Відповіді респондентів на питання «Підхід до клієнта»

Рис. 2.14. Відповіді респондентів на питання «Спеціальне навчання для роботи з людьми з деменцією»

2.15. Відповіді респондентів на питання «Рівень підтримки з боку організації»

Рис. 2.16. Відповіді респондентів на питання «Важливі теми для додаткового навчання»

Рис. 2.17. Відповіді респондентів на питання «Мотивація працювати з людьми з деменцією»

Рис. 2.18. Відповіді респондентів на питання «Мотивація працювати в МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»

Рис. 2.19. Відповіді респондентів на питання «Емоційний стан під час роботи»

Рис. 2.20. Відповіді респондентів на питання «Потреба у психологічній підтримці на роботі»

Рис. 2.21. Відповіді респондентів на питання «Потреби покращень у роботі»

Рис. 2.22. Відповіді респондентів на питання «Побажання в покращенні якості соціальної роботи»

Рис. 2.23. Відповіді респондентів на питання «Потреби в додаткових ресурсах або підтримці»

Рис. 2.24. Відповіді респондентів на питання «Теми для покращення свого професійного саморозвитку»

Рис. 2.25. Відповіді респондентів на питання «Теми, з яких не вистачає знань»

Рис. 2.26. Відповіді респондентів на питання «Пропозиції щодо покращення соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією»

Рис. 2.27. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення ситуативної тривожності»

Рис. 2.28. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення особистісної тривожності»

Рис. 2.29. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення ситуативної тривожності»

Рис. 2.30. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення особистісної тривожності»

6. Дата видачі завдання: 5 червня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів підготовки кваліфікаційної роботи (дипломної роботи)	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Вибір керівника дипломної роботи та напряму дослідження. Індивідуальна робота з керівником кваліфікаційної роботи щодо визначення напряму дослідження (із використанням засобів дистанційного спілкування, зокрема, ел.пошта, месенджери)	02.09.24 – 21.10.24	

2	Написання заяви на ім'я зав. кафедри із проханням призначити керівника кваліфікаційної роботи	до 21.10.24	
3	Отримання завдання на кваліфікаційну роботу від керівника	до 25.11.24	
4	Вивчення літературних джерел і практичного досвіду з напряму дослідження. Складання та розгорнутого плану кваліфікаційної роботи. Індивідуальна робота керівників з консультування та перевірки кваліфікаційної роботи.	01.10.24 – 05.06.25	
5	Участь в науково-практичних конференціях, у круглих столах, семінарах, конкурсах наукових робіт за напрямом дослідження (з підготовкою до публікації тез доповідей або написання статей)	01.09.24 – 05.06.25	
6	Методичний семінар керівників дипломних робіт, членів ЕК та гарантів для обговорення завдань та вимог щодо переддипломної практики та випускової атестації (узгодження тем дипломних робіт, підготовки до атестаційного екзамену та захисту дипломної роботи)	24.03.25	
	Зустріч студентів, керівників кваліфікаційних робіт та відповідального по кафедрі за практику з метою обговорення баз проходження практики, змісту індивідуальних завдань та вимог до звіту з практики.	квітень 2025	
8	Переддипломна практика	21.04.25 – 18.05.25	
9	Залік з практики	19.05.25	
10	Попередній захист дипломної роботи з обґрунтуванням теми, структури та наукового апарату дослідження	29.05.25	
11	Подання кваліфікаційної роботи для перевірки на академічний плагіат та отримання відгуку керівника	05.06.25 – 09.06.25	
12	Подання роботи на рецензування	09.06.25 – 11.06.25	
14	Комплексний атестаційний екзамен	16.06.25 – 18.06.25	
15	Подача кваліфікаційної роботи та відповідного пакету документів (переплетеної та підписаної роботи та її електронної версії, розширеної анотації, відгуку та рецензії, презентації, копії публікацій та інших документів, що підтверджують апробацію результатів дослідження у паперовому та електронному вигляді) секретареві ЕК.	16.06.25 – 17.06.25	
16	Захист кваліфікаційної роботи	19.06.25, 20.06.25, 23.06.25	

Студент

Робенко Марина

Керівник роботи

Наталія Тимошенко

Анотація

Робенко М. М. Соціальна робота з людьми похилого віку з деменцією в діяльності громадських організацій». – На правах рукопису. Дипломна робота за спеціальністю 231 «Соціальна робота». – Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», кафедра філософії. – Київ, 2025. – 116 с., з них 82 сторінки основного тексту, список джерел складається з 62 найменувань.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей соціальної роботи з людьми похилого віку, які страждають на деменцію, у діяльності громадських організацій. У першому розділі проаналізовано наукові підходи до визначення поняття «деменція», її причини, клінічні прояви та особливості перебігу у людей похилого віку. Розкрито основні соціальні проблеми цієї категорії населення, зокрема соціальну ізоляцію, втрату здатності до самообслуговування, економічні й правові труднощі. Представлено порівняльний аналіз досвіду догляду вдома у зарубіжних країнах і в Україні. У другому розділі описано досвід МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» у наданні послуги «догляд вдома» та вивчено потреби соціальних працівників у додатковій підготовці для ефективної роботи з клієнтами, що мають деменцію. Запропоновано програму навчання соціальних працівників та оцінено її ефективність у формуючому експерименті. Робота має практичну цінність і може бути використана в діяльності громадських та соціальних установ, які працюють з особами похилого віку з когнітивними порушеннями.

Ключові слова: деменція, люди похилого віку, соціальна робота, громадські організації, догляд вдома, соціальні послуги, професійна підготовка, когнітивні порушення, соціальна ізоляція, індивідуалізований підхід.

Abstract

Robenko M. M. «Social Work with Elderly People with Dementia in the Activities of Non-Governmental Organizations». – Manuscript Status. Bachelor's Thesis in Specialty 231 «Social Work». – National Technical University of Ukraine «Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Department of Philosophy. – Kyiv, 2025. – 116 pages, including 82 pages of main text; the reference list contains 62 sources.

This qualification thesis is dedicated to the study of the peculiarities of social work with elderly people suffering from dementia within the activities of non-governmental organizations. The first chapter analyzes scientific approaches to defining the concept of "dementia," its causes, clinical manifestations, and specific features in elderly individuals. The main social problems faced by this population group are outlined, including social isolation, loss of self-care ability, economic and legal difficulties. A comparative analysis of home care practices in foreign countries and in Ukraine is presented.

The second chapter describes the experience of the International Charitable Foundation "Jewish Hesed 'Bnei Azriel'" in providing the "home care" service and explores the training needs of social workers to improve their effectiveness when working with clients who have dementia. A training program for social workers was proposed and its effectiveness was assessed through a formative experiment. This thesis has practical value and can be used in the activities of public and social institutions that work with elderly individuals with cognitive impairments.

Keywords: dementia, elderly people, social work, non-governmental organizations, home care, social services, professional training, cognitive impairments, social isolation, individualized approach.

ЗМІСТ

ВСТУП	11
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕМЕНЦІЇ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	16
1.1. Наукові підходи до визначення поняття «деменція», причин, проявів та особливостей перебігу деменції у людей похилого віку	16
1.2. Соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією	29
1.3. Досвід догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією громадських організацій у зарубіжних країнах та в Україні	36
Висновки до першого розділу	46
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ДОГЛЯДУ ВДОМА ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕМЕНЦІЄЮ	48
2.1. Діяльність МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» щодо надання послуги «Догляд вдома» людям похилого віку з деменцією	48
2.2. Потреби соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією	56
2.3. Програма навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією та перевірити її ефективність	73
Висновки до другого розділу	77
ВИСНОВКИ	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	83
ДОДАТКИ	90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Особливої актуальності, в умовах стрімкого старіння населення та збільшення тривалості життя, набуває проблема організації соціальної роботи з людьми похилого віку, які страждають на синдром деменції. Даний синдром є однією з найпоширеніших проблем здоров'я серед людей похилого віку, і це може супроводжуватися вагомими соціальними, психологічними та економічними викликами. Деменція є синдромом, що характеризується прогресуючим погіршенням когнітивних функцій, що призводить до значного зниження здатності людини до самообслуговування та соціальної взаємодії з соціумом. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі налічується понад 55 мільйонів людей з деменцією, і ця цифра продовжує зростати. Прогнозується, що до 2050 року кількість людей з деменцією може перевищити 139 мільйонів осіб. В Україні, за різними оцінками, на синдром деменції страждає від 1,5% до 3% населення старше 65 років, і це становить десь близько 100 тисяч осіб. Це створює значне навантаження не лише на сім'ї та близьких людей з деменцією, але й на систему охорони здоров'я та соціального захисту в цілому.

Особливо важливу роль у таких умовах відіграють громадські організації, які можуть надавати додаткову підтримку та соціальні послуги, що доповнюють державну систему соціального захисту. Громадські організації часто працюють на рівні місцевих громад і можуть швидко реагувати на потреби вразливих верств населення. Так, вони можуть організовувати програми соціальної адаптації, групи підтримки для сімей у яких є родичі з даною проблемою, а також забезпечують догляд за людьми похилого віку з деменцією, які залишилися без опіки.

Наразі сучасні дослідження позначають, що ефективна соціальна робота з людьми похилого віку, які страждають на синдром деменції, вимагає комплексного підходу, і це включає медичну, психологічну та соціальну підтримку. Громадські організації, завдяки своїй гнучкості та можливості

залучати волонтерів, часто можуть запропонувати більш індивідуалізований підхід до потреб кожного клієнта та його родини.

Питання соціальної роботи з людьми похилого віку та особами з деменцією досліджували багато вітчизняних та зарубіжних науковців. Значний внесок у розвиток теорії та практики роботи з людьми з деменцією зробили зарубіжні дослідники, зокрема, Т. Кітвуд, який розробив концепцію особистісно-орієнтованого догляду за людьми з деменцією, та Д. Брукер, яка досліджувала методи немедикаментозної терапії при синдромі деменції.

Серед вітчизняних дослідників слід відзначити таких, як: М. Євтуха, який досліджував особливості соціально-педагогічної роботи з людьми похилого віку; А. Капську, яка розробила теоретичні засади соціальної роботи з різними категоріями клієнтів; І. Звереву, яка вивчала питання соціально-педагогічної роботи з вразливими категоріями населення.

В українській науковій спільноті дослідженням проблематики соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією займалася відносно невелика кількість науковців. Основні дослідники цієї теми: Л. Тюття, І. Іванова (досліджували загальні питання соціальної роботи з людьми похилого віку, в тому числі аспекти роботи з особами, які мають когнітивні порушення), Н. Кабаченко (дослідження соціальної роботи з людьми похилого віку, зокрема питання деменції в контексті соціальної геронтології); С. Корнацький (вивчав медико-соціальні аспекти роботи з людьми з деменцією), Т. Семигіна (досліджувала організаційні аспекти надання соціальних послуг людям похилого віку, в тому числі з когнітивними порушеннями), Н. Тимошенко (досліджувала професійну підготовку соціальних працівників/робітників до роботи з людьми похилого віку, включаючи специфіку роботи з особами, які мають синдром деменції), Н. Романова (досліджувала систему надання якості соціальних послуг людям похилого віку та взаємодію державного та недержавного секторів у наданні соціальних послуг).

Варто зазначити, що хоча ці дослідники та науковці зробили важливий внесок у розвиток соціальної роботи з людьми похилого віку, специфічно тема деменції часто розглядалася як частина ширшої проблематики геронтологічної соціальної роботи. В Україні все ще відчувається потреба в більш глибоких спеціалізованих дослідженнях, а саме щодо соціальної роботи з людьми з синдромом деменції.

Водночас, незважаючи на наявність значної кількості досліджень, питання організації соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією саме в контексті діяльності громадських організацій залишається недостатньо вивченим у вітчизняній науці.

Об'єкт дослідження: процес надання догляду вдома людям похилого віку з деменцією.

Предмет дослідження: особливості організації догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією громадськими організаціями.

Мета роботи: дослідити особливості організації догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією в діяльності громадських організацій, розробити програму навчання для соціальних робітників, спрямовану на вдосконалення їхньої професійної компетентності та перевірити її ефективність.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові підходи до визначення поняття «деменція», причини, прояви та особливості перебігу деменції у людей похилого віку.
2. Охарактеризувати соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією.
3. Проаналізувати досвід догляду вдома та його особливості за людьми похилого віку з деменцією громадських організацій у зарубіжних країнах та в Україні
4. Дослідити потреби соціальних робітників МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією.

5. Розробити та впровадити програму навчання для соціальних робітників, спрямовану на підвищення їхньої компетентності у догляді вдома за людьми похилого віку з деменцією та перевірити її ефективність.

Для вирішення поставлених завдань нами було використано наступні **методи дослідження:**

– теоретичні: аналіз наукових медичних, психологічних, соціальних джерел, присвячених проблемі дослідження з метою визначення науково-теоретичного підґрунтя; аналіз досвіду роботи громадських організацій у зарубіжних країнах та в Україні щодо соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією з метою узагальнення соціальних проблем та потреб даної категорії клієнтів; методи узагальнення та систематизації з метою розробки та впровадження програми навчання для соціальних робітників, спрямованих на підвищення їхньої компетентності у догляді вдома за людьми похилого віку з деменцією; кількісно-якісний аналіз результатів формуючого ефективности для оцінки ефективності діяльності.

– емпіричні: спостереження, опитування (інтерв'ю і анкетування соціальних робітників), які дозволяють оцінити потреби соціальних робітників (на прикладі МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель») у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією; використання методів математичної статистики з метою кількісної та якісної обробки даних.

Теоретична та практична цінність: дослідження збагачує теоретичну базу соціальної роботи шляхом систематизації підходів до роботи з людьми похилого віку з деменцією у контексті діяльності громадських організацій. Робота розширює розуміння специфіки надання соціальних послуг цій вразливій категорії населення через призму третього сектору. Дослідження поєднує знання з соціальної роботи, геронтології, психології, медицини та організаційного менеджменту, що сприяє формуванню комплексного розуміння проблематики деменції в похилому віці. Дослідження теоретично обґрунтовує місце і роль НГО

у системі соціального захисту людей похилого віку з деменцією, визначає їхні переваги та обмеження порівняно з державними структурами.

Результати дослідження можуть бути використані для формування конкретних рекомендацій щодо організації соціальної роботи з людьми з деменцією, включаючи алгоритми дій, протоколи втручання та стандарти якості послуг. Матеріали роботи можуть бути інтегровані в освітні програми підготовки соціальних працівників, збагативши їхні знання про специфіку роботи з людьми з деменцією та можливості громадського сектору.

Експериментальна база проведення дослідження: МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»)

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота викладена на 116 сторінках (основний текст – 82 сторінки) і містить 62 використаних джерела.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕМЕНЦІЇ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

1.1. Наукові підходи до визначення поняття «деменція», причин, проявів та особливостей перебігу деменції у людей похилого віку

Наразі захворювання на синдром деменції серед людей похилого віку стає все більш актуальнішою в умовах зростання тривалості життя та старіння населення у всьому світі. Даний синдром є однією з найсерйозніших медико-соціальних проблем сучасного суспільства, що вимагає комплексного підходу до її вивчення та вирішення. Особливості перебігу синдрому деменції пов'язані не лише зі змінами когнітивних функцій, але й із впливом даного стану на емоційний, соціальний та фізичний добробут клієнтів та їх родин. Важливим аспектом у вирішенні даного питання є недостатня обізнаність щодо синдрому деменції в українському суспільстві. І це часто призводить до стигматизації людей похилого віку, які страждають на цей стан. Дана проблема ускладнює процес їхньої соціальної інтеграції та отримання якісної допомоги.

Щодо України, то за даними досліджень Інституту геронтології, втрата мислення, пам'яті та орієнтації спостерігається у кожної 10-ї особи, яка досягла пенсійного віку. Саме розвиток деменції є основною причиною інвалідності та досить часто призводить до різкого погіршення рівня якості життя не тільки конкретної особи, але й родини чи близького соціального оточення [10; 11; 58].

У контексті нашого дослідження ми вважаємо, що вивчення наукових підходів до визначення поняття «деменції» та розуміння його мультидисциплінарної природи є необхідним для розробки програму навчання для соціальних робітників, яка буде спрямована на вдосконалення їхньої професійної компетентності.

Для більш глибокого розуміння сутності цього явища необхідно розглянути різні наукові підходи до визначення поняття «деменція», проаналізувати її причини, прояви та особливості перебігу у людей похилого

віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кількість людей із діагнозом синдром деменції щороку зростає. Це створює серйозні виклики для системи охорони здоров'я, соціальних служб і сімей де є родичі з даних захворюванням. Деменція впливає не лише на когнітивні функції, але й на емоційний стан, соціальну взаємодію та якість життя людини.

Дослідження проблематики соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією є актуальним напрямом як для зарубіжних, так і для вітчизняних науковців. Вони зосереджуються на різних аспектах, включаючи психосоціальну підтримку, етичні питання, інноваційні підходи, роль громадських організацій. Над даною проблемою працювали багато зарубіжних науковців серед них: Т. Kitwood (важливість збереження гідності людей із деменцією через індивідуальний підхід та догляд), С. Cooper (досліджувала ефективність психосоціальних втручань, особливо для сімей доглядальників), N. Mace, P. Rabins (практичні поради щодо щоденної роботи з людьми з деменцією), M. Prince (вивчав глобальну поширеність синдрому деменції, акцентуючи на впливі як економічному, так і соціальному. Дані наукові доробки стали основою для міжнародних стратегій боротьби з деменцією) [49], D. Ames (його напрацювання допомогли інтегрувати медичні й соціальні аспекти догляду за людьми похилого віку з деменцією).

У працях вітчизняних науковців таких, як: А. Смоліна, В. Воронцова, зазначається, що деменція є однією з головних причин втрати незалежності серед людей похилого віку [13]. У дослідженнях І. Савельєвої та О. Петрової наголошується, що громадські організації відіграють важливу роль у забезпеченні соціального супроводу та соціальної допомоги таких клієнтів [14]. Їхні програми часто зосереджені на наданні емоційної підтримки, організації денного догляду, реабілітаційних послуг і просвітницьких заходів для сімей; у наукових доробках Н. Соколової М. Андрєєвої аналізуються використання сучасних методів роботи з людьми з деменцією, зокрема арт-терапія, музична терапія та програми когнітивної стимуляції. Вони зазначають,

що такі підходи сприяють покращенню якості життя клієнтів та уповільненню прогресування даного захворювання [14]. Наукові джерела, зокрема дослідження Ю. Іванова та К. Мельникової, звертають увагу на етичні виклики, пов'язані з доглядом за людьми з деменцією. Вони включають захист прав клієнтів, боротьбу зі стигматизацією та забезпечення їхньої гідності [14].

Варто відмітити, що вітчизняні науковці Н. Тимошенко та Н. Романова наголошують, що догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією є командною роботою (родичі, терапевти, психіатри, лікарі суміжних спеціальностей, патронажна сестра, соціальний робітник). На їх думку дуже важливо налагодити мультидисциплінарний взаємозв'язок серед відповідних соціальних інституцій, освітніх закладів й широкого кола практиків для подальшої взаємодії [11].

Ми вважаємо, що доцільно також акцентувати увагу і на дослідженнях Т. Корнєєвої та О. Григоренка, які підкреслюють, що успішна робота з цією категорією клієнтів можлива лише за умов якісної підготовки соціальних працівників/соціальних робітників. Науковці наголошують на необхідності включення тематики деменції до програм професійної освіти.

Термін «деменція» походить від латинського слова «dementia», що означає «безумство» або «втрата розуму». Історично цей термін використовувався для опису різних станів, що пов'язані із порушенням когнітивних функцій. Перші наукові описи деменції з'явилися ще в античні часи, проте систематичне вивчення цього стану розпочалося лише в XIX столітті. Сучасне розуміння деменції базується на біопсихосоціальному підході, який розглядає це явище як комплексний синдром, що має біологічні, психологічні та соціальні аспекти. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), деменція – це синдром, при якому відбувається деградація когнітивних функцій (тобто здатності мислити) більшою мірою, ніж це очікується при нормальному старінні [8].

Деменція – це поширений неврологічний стан, що вражає людей похилого віку та пов’язаний із прогресуючим когнітивним порушенням, функціональною залежністю, зниженням якості життя та несприятливими наслідками для здоров’я. Приблизно 40 мільйонів людей у всьому світі мають деменцію, і ця цифра, за прогнозами, подвоїться протягом наступних 20 років [6].

Деменція має значні економічні та суспільні впливи на систему охорони здоров’я. Наприклад, люди, які живуть із деменцією, отримували більше консультацій із лікарями загальної практики та більшу кількість оглядів щодо лікування, ніж люди без деменції [11].

Варто відмітити, що поняття «деменція» визначається науковцями як важкий розлад інтелекту (точніше, як розлад його когнітивних функцій). Тобто, це синдром (хронічний або прогресуючий), що викликається різними захворюваннями головного мозку, які можуть впливати на пам’ять, мислення, поведінку та здатність виконувати повсякденні дії [11].

У нашому дослідженні ми вважаємо, що варто зупинитися ще на одному поширеному визначення поняття «деменції», яке трактується як набуте слабоумство при якому відбувається розпад психічних функцій через ураження головного мозку.

Ми вважаємо, що у нашому дослідженні варто зупинитися на сучасних наукових доробках, де представлено декілька основних підходів до визначення поняття «деменції» [28-35]:

– *медичний підхід* розглядає деменцію як патологічний стан, що характеризується прогресуючим погіршенням когнітивних функцій внаслідок органічного ураження головного мозку. При даному підході основна увага фокусується на біологічних механізмах розвитку захворювання та його клінічних проявах;

– *психологічний підхід* базується на змінах у психічній діяльності людини, її поведінці та особистості, розглядаючи деменцію як комплекс порушень, що

впливають на пам'ять, мислення, орієнтацію у просторі, розуміння, сприйняття інформації, здатність до навчання та прийняття рішень;

– *соціальний підхід* підкреслює увагу на впливі деменції на соціальне функціонування людини, її взаємодію з оточуючими людьми, здатності до самообслуговування;

– *інтегративний підхід* поєднує всі вищезазначені аспекти та розглядає синдром деменції як комплексне явище, що потребує мультидисциплінарного втручання.

Таким чином, на нашу думку аналіз наукових підходів до визначення поняття «деменція» демонструє складність та багатогранність даного явища. Сучасне розуміння деменції базується на *біопсихосоціальному підході*, який враховує біологічні, психологічні та соціальні аспекти захворювання на синдром деменції.

До проявів синдрому деменції відносять: порушення пам'яті, втрату мислення та навичок орієнтації в часі й просторі; нездатність зосередитися; погіршення мови, що приводить до низької здатності самостійного функціонування: від незначних розладів до розладів, що перешкоджають нормальному руху в повсякденному житті. Зазвичай, на ці порушення накладаються й проблеми в емоційній сфері (тривожність, депресія, апатія) та у поведінці (агресія, безцільні переміщення тощо) [2].

Сучасна наука виділяє різноманітні причини розвитку деменції у людей похилого віку. Найбільш поширеною причиною є нейродегенеративні захворювання, серед яких хвороба Альцгеймера займає провідне місце, складаючи 60-70% всіх випадків деменції. Також до цієї групи належать хвороба Паркінсона, хвороба Гентінгтона та хвороба Піка. Другу велику групу складають судинні причини, включаючи інсульти, атеросклероз судин головного мозку та гіпертонічну хворобу. Окрім цього, деменція може розвиватися внаслідок інфекційних захворювань (нейросифіліс, ВІЛ-

асоційована деменція, пріонові хвороби) та токсичних і метаболічних порушень (алкогольна деменція, ендокринні розлади, авітамінози).

Прояви деменції надзвичайно різноманітні та охоплюють широкий спектр порушень. Когнітивні порушення включають розлади пам'яті (особливо короткострокової), порушення мислення та здатності до планування, розлади мовлення, порушення просторової орієнтації та виконавчих функцій. Поведінкові розлади можуть проявлятися у вигляді агресивності, тривожності, апатії, депресії, порушень сну та блукання. Функціональні порушення призводять до труднощів із самообслуговуванням, проблем з виконанням повсякденних справ та порушень соціальної взаємодії.

В Україні, за даними досліджень Інституту геронтології, втратою мислення, пам'яті та орієнтації уражена кожна 10-та особа, яка досягла пенсійного віку [11]. Деменцією часто називають хворобу Альцгеймера (поширена назва як «старечий маразм») або синдром Паркінсона, хоча вони є тільки формами деменції.

Крім цього, ознаки деменції можуть проявлятися в осіб з алкогольною залежністю (10-20%), при черепно-мозковій травмі (10-20%) серед хворих на СНІД (1%) тощо. Наразі ефективного лікування цього синдрому не існує, однак вчасна профілактика може суттєво знизити вплив факторів ризику [2].

У розвитку деменції традиційно виділяють *три основні стадії*:

– на *ранній стадії* спостерігається забудькуватість, втрата відчуття часу, дезорієнтація у знайомих місцях, труднощі з прийняттям рішень, втрата ініціативності, зміни настрою та поведінки, втрата інтересу до хобі та діяльності;

– *середня стадія* характеризується значними проблемами з пам'яттю, особливо недавньою, дезорієнтацією вдома, наростаючими труднощами з комунікацією, потребою в допомозі з особистою гігієною, значними поведінковими змінами, блуканням та повторюваними запитаннями;

– на пізній стадії спостерігається серйозна втрата пам'яті, повна залежність від сторонньої допомоги, труднощі з розпізнаванням родичів та ходьбою, поведінкові зміни, що можуть включати агресію, нетримання сечі та калу [1].

Перебіг деменції у людей похилого віку має свої специфічні особливості.

До вікових особливостей належать повільніший темп прогресування порівняно з ранньою деменцією, більша ймовірність супутніх захворювань та складніша діагностика через накладання вікових змін. Соціальні аспекти включають більшу соціальну ізоляцію, вищу залежність від допомоги оточуючих та складнішу адаптацію до змін. Психологічні особливості проявляються у вищій ймовірності розвитку депресії, більшому страху перед майбутнім та складнішому прийнятті діагнозу.

Розвиток деменції відбувається поступово, часто визначити її початок досить складно так, як симптоми можна сплутати з іншими захворюваннями (наприклад, депресія, недостатність щитовидної залози, наявність пухлини головного мозку та ін.). Тому його виявлення потребує комплексної медичної діагностики та відповідних процедур.

Медики відзначають, що більшість людей з деменцією можуть зберегти свої когнітивні властивості, але тільки за умови раннього виявлення та необхідного лікування. В іншому випадку відбудеться значне погіршення фізичного стану, яке проявлятиметься через «порушення мислення, порушення мовлення, порушення орієнтації, зміни особистості, труднощі в повсякденному житті, нехтування власними потребами. Некогнітивні прояви (наприклад, апатія, депресія або психоз) і можуть виникнути розлади поведінки: агресія, порушення сну, неконтрольована сексуальна поведінка та ін. [7].

На основі дослідження наукових джерел ми дійшли висновку, що фахівці виділяють декілька причин, які можуть провокувати розвиток синдрому деменції, але найпоширенішими із них вважають:

– *хвороба Альцгеймера* (60-80% випадків);

– *судинна деменція* (спричинена мікроскопічною кровотечею та закупоркою кровоносних судин головного мозку);

– *змішана форма* (коли в головному мозку виявляється кілька типів деменції одночасно).

Однак можуть бути й інші причини, наприклад, які пов'язані зі щитовидною залозою захворювання, дефіцит вітамінів в організмі, інсульт; хвороба Паркінсона; автоімунні захворювання (розсіяний склероз, червоний вовчак); алкоголізм; пухлини; хронічна ниркова і печінкова недостатність; Хвороба Гентінгтона в молодому віці; СНІД.

Науковці вважають, що близько 30% усіх проявів деменції серед людей похилого віку пов'язані з потенційно модифікованими факторами ризику, серед яких можна виділити: низький рівень освіти; порушення слуху; куріння; ожиріння; депресія; гіподинамія; діабет; соціальна ізоляція; алкогольна залежність, забруднення повітря.

На думку деяких дослідників, основні клінічні прояви синдрому деменції можна об'єднати в декілька груп, і це дозволяє більш конкретно розробити необхідні заходи щодо профілактики, лікування та догляду за людьми похилого віку з деменцією [9; 19; 20]:

– *когнітивні розлади*: втрата або значне зниження здатності до раціонального мислення (усвідомлення, запам'ятовування та обробки інформації), а також вербальної чи невербальної передачі інформації;

– *розлади поведінки*: негативна зміна поведінки, що завдає шкоди не лише людям з деменцією, а й їхньому соціальному оточенню;

– *нервово-психічні симптоми*: розлади емоційно-афективної сфери (депресія, тривожність), порушення мислення (марення) або сприйняття навколишнього світу (галюцинації);

– *неврологічні розлади*: рухові, сенсорні та координаційні розлади;

– *функціональні розлади*: зниження адаптації до соціальних умов, втрата самостійності, потреба в догляді тощо.

Діагностичні критерії деменції визначені в спеціальному клінічному протоколі ВООЗ під назвою МКБ-10, де зазначено наступне [11]:

- порушення пам'яті (вербальної чи невербальної), що проявляється в нездатності запам'ятати нову інформацію;
- когнітивні розлади, що виникають на тлі ясної свідомості;
- зміна на цілеспрямованість процесів міркування та мислення (планування, сприйняття отриманої інформації тощо);
- порушення самоконтролю над емоційною сферою;
- зміни соціальної поведінки.

Перші прояви деменції можуть серйозно погіршити особисте життя людини (незалежно від його віку), збільшити потребу в підтримці та догляді, змінити звичну поведінку, вплинути на почуття чи стосунки не лише з близьким оточенням, а й з іншими людьми за місцем проживання або лікування.

З метою раннього виявлення проявів деменції та її профілактики заклади охорони здоров'я пропонують послуги ерготерапевта. Основними засобами лікувального впливу є організація розвитку навичок самообслуговування, організація дозвілля, розвиток спілкування тощо.

Робота ерготерапевта може бути спрямована не лише на попередження розвитку даного синдрому, але й на виявлення незадоволених потреб (психічного чи фізичного характеру), профілактику психічних захворювань, покращення якості життя в цілому [27].

Виділяють декілька стадій деменції, які слід вважати умовними, оскільки чітких критеріїв належності між ними немає, адже досить часто спостерігаються їх змішані варіанти, що в цілому негативно позначається на якості життя людей похилого віку. Однак розуміння стадій деменції значно полегшує початок необхідної терапії або організацію догляду за такими клієнтами.

Отже, зупинимось більш детально на кожній *стадії розвитку деменції* [11]:

– *перша стадія*: може спостерігатися погіршення розумових здібностей та пам'яті, але логічне мислення ще збережено. Однак у випадку людей похилого віку, ці ознаки є частиною нормального старіння, тому лікарям досить важко виявити ризик захворювання на даний синдром;

– *друга стадія*: легкий когнітивний розлад, що не дозволяє повноцінно продовжувати звичайний спосіб життя (можуть виникати труднощі з виконанням завдань, проблеми з орієнтацією в просторі та часі, погіршення пам'яті);

– *третьа стадія*: легка деменція, коли стосунки з членами родини чи друзями напружені. Можлива проблема із розпізнаванням знайомих або близьких людей. Саме на цьому етапі клієнти та їхні родичі можуть заперечувати проблему, «приховувати» або мінімізувати симптоми;

– *четверта стадія*: помірна деменція, коли, внаслідок порушення самоконтролю, зростає потреба у допомозі такій людині (це може бути купівля речей чи продуктів, прийомі ліків тощо). Люди похилого віку з деменцією можуть бути дезорієнтовані щодо місця проживання чи лікування, забувати домашню адресу чи власний номер телефону, не можуть без допомоги потрапити в свій будинок;

– *п'ята стадія*: деменція середньої тяжкості, коли такі клієнти забувають імена своїх близьких, рідних, не можуть їх впізнати. На даному етапі вже відмирають клітини головного мозку, які відповідають за довготривалу пам'ять. Саме в цей період можуть виникати психози (маячні ідеї та галюцинації, сильна дратівливість, агресивність і тривога, апатія, схильні до бродяжництва);

– *остання стадія*: спостерігається важка форма деменції (людині важко рухатися, ковтати їжу, фізіологічні проблеми). Необхідний цілодобовий догляд за таким клієнтом для гігієнічних процедур, одягання, прийому їжі тощо.

На нашу думку, окремо варто відзначити *ступені тяжкості деменції: легку, середню і важку*:

– при *легкому ступені деменції* порушуються складні види діяльності людини: робота, соціальна активність, хобі. Має достатній рівень самостійності і лише зрідка потребує допомоги інших;

– при *середньому ступені деменції* порушується можливість користуватися побутовою технікою. Люди похилого віку на даній стадії вже частіше потребують нагадування про певні дії, тому вони можуть залишатися на самоті лише на короткий час (не більше 30 хвилин без догляду при цьому їм потрібно давати помірні завдання щоб вони були задіяні у процесі);

– при *важкій деменції* спостерігається формування постійної залежності від оточуючих. Такі люди похилого віку вже не можуть самостійно доглядати за собою, самостійно одягатися, без сторонньої допомоги приймати їжу, виконувати гігієнічні процедури тощо [11].

Деменція вражає людей по-різному, як правило, це залежить від перебігу захворювання та індивідуального стану людини до захворювання. Вибір форм і методів роботи в процесі догляду за людьми похилого віку з деменцією, на нашу думку, залежить від її ознак та симптомів на різних стадіях розвитку.

Зупинимося більш детально на виборі форм і методів роботи з людьми похилого віку з деменцією з різними стадіями. І перша із них – це легка деменція.

– *легка стадія деменції*. Дана стадія часто залишається непоміченою через те, що вона може розвиватися поступово. Для протидії раннім стадіям деменції особливу роль відіграють профілактичні заходи із застосуванням стратегій тренування мозку. До таких стратегій можна віднести: фізичні аеробні вправи, судинний контроль, спеціальна низьковуглеводна дієта, вживання певних антиоксидантів, когнітивна активність, збільшення соціальних контактів, достатній сон, корекція порушень слуху та зору, здоров'я зубів, зниження стресу тощо [36-42].

– На цьому етапі для людей похилого віку з деменцією буде корисний будь-який вид сенсорної стимуляції, а також можна вибрати не дуже прості справи, це:

1. *настільні ігри* (танаграма, пазли, розкладання за кольором, складання слів з букв, лото, доміно, картки). Дані ігри сприяють підвищенню самооцінки клієнтів, допомагають підтримати активність людей похилого віку, підтримка когнітивних процесів, це також допомагає зміцнити соціальні та емоційні стосунки у спілкуванні, зміцнення пам'яті, зняття емоційної напруги та стабілізації емоційного стану, підтримки ефективних комунікації з оточуючими.

2. *Арт-терапія*. Використання арт-терапевтичних методів у роботі з людьми похилого віку з деменцією допомагає зберігати дрібну моторику та когнітивні функції. Також методи арт-терапії допомагають стимулювати мовлення; може бути як інструмент виходу з депресивного стану, поліпшують настрій та загальне самопочуття; стимуляція спогадів; зняття емоційної напруги; вдосконалення комунікативних навичок; розширення світогляду; вдосконалення координації рухів, моторики.

3. *Пізнавальні справи*. Вони включають: розмальовки (ізотерапію), ліплення, бібліотерапію, лялькотерапію, танцювальну терапію, музикотерапію, кросворди, справи для пальчикової гімнастики [4];

– *середня стадія розвитку деменції*. На даному етапі люди похилого віку з деменцією вже мало роблять руками, тому необхідна додаткова стимуляція дрібної моторики рук. На цьому етапі важливо стимулювати пізнавальну активність і дати можливість зайняти руки;

– *важка стадія деменції*. Важливо вибрати ті види діяльності, які прийнятні за виконанням і не викликають опору з боку таких клієнтів. Це пов'язано з розвитком практично повної залежності від інших, що провокує байдужість. Порушення пам'яті стає значним, а фізичні ознаки та симптоми стають більш очевидними. На даному етапі можна говорити лише про такі види догляду за такими клієнтами, як: *прогулянки на свіжому повітрі*. Може

супроводжуватися різними видами діяльності: пошук певних трав або яскравих рослин; спостереження за людьми та транспортом, тваринами тощо. Можна також поєднати прогулянку на свіжому повітрі з діями, що стимулюють смак: з'їсти фрукти, морозиво, випити кави чи іншого смачного напою тощо; *перегляд телепередач*. Рекомендується вибирати *розведення або догляд за рослинами в квартирі/будинку; спільний перегляд сімейних альбомів*. Це один із допоміжних методів роботи, який спрямований на повернення приємних спогадів і стимуляцію пам'яті [4].

На нашу думку, дані форми та методи роботи важливо використовувати при організації навчання родичів та фахівців, які залучені до процесу надання послуг з догляду вдома. Також можуть бути включені до різноманітних видів навчання та курсів підвищення кваліфікації соціальних працівників у процесі безперервної освіти.

Діагностика деменції базується на комплексному підході та включає: *клінічне обстеження* (збір анамнезу, фізикальний огляд, неврологічне обстеження), *нейропсихологічне тестування* (використання різноманітних шкал та тестів), *лабораторні та інструментальні дослідження*. Особливе значення має використання стандартизованих шкал оцінки когнітивних функцій, таких як Міні-тест оцінки психічного стану (MMSE) та Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA).

Важливу роль відіграють своєчасність діагностики та адекватність лікування. Сучасні дослідження в області деменції розвиваються у напрямках вивчення патогенетичних механізмів, розробки нових методів діагностики та лікування, а також дослідження соціальних аспектів захворювання.

Таким чином, аналіз наукових підходів до визначення поняття «деменція», причин, проявів та особливостей її перебігу у людей похилого віку з синдромом деменції дозволяє глибше зрозуміти природу цього стану як складного медико-соціального явища. Деменція проявляється не лише у когнітивних порушеннях, але й у зміні поведінки, емоційного стану та соціальних функцій, що значно

впливає на якість життя клієнтів та їхніх родин. Вивчення міждисциплінарних підходів до дослідження синдрому деменції є необхідним для розробки ефективних стратегій профілактики, лікування та догляду, які враховують індивідуальні потреби людей похилого віку та забезпечують їм гідний рівень життя.

Соціальні проблеми людей похилого віку з деменцією є багатограними, а їхні потреби виходять за рамки стандартного підходу до лікування. Для ефективного вирішення цих викликів необхідно об'єднати зусилля медичних працівників, соціальних служб, благодійних організацій та держави. Забезпечення гідного життя людям із деменцією – це не лише прояв гуманності, а й важливий крок до створення інклюзивного суспільства, яке турбується про своїх найуразливіших членів.

1.2. Соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією

Деменція є одним із найсерйозніших викликів сучасної геронтології та соціальної роботи, що суттєво впливає на якість життя людей похилого віку. Це захворювання характеризується прогресуючим погіршенням когнітивних функцій, що може призводити до значних змін у повсякденному житті та соціальному функціонуванні особистості [22; 23].

Дослідження соціальних проблем та потреб людей похилого віку, які живуть з деменцією, набуває особливої актуальності в сучасному світі з огляду на низку демографічних, соціальних та медичних факторів.

По-перше, спостерігається стрімке старіння населення у глобальному масштабі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2050 року кількість людей віком 60 років і старше зросте вдвічі, досягнувши 2,1 мільярда осіб [52]. Це неминуче призведе до збільшення кількості людей, які

живуть з деменцією, оскільки вік є основним фактором ризику розвитку цього захворювання.

По-друге, деменція стає все більш поширеним явищем у сучасному суспільстві. Згідно з останніми статистичними даними, у світі налічується понад 55 мільйонів людей з деменцією, і ця цифра може потроїтися до 2050 року. В Україні, за різними оцінками, кількість людей з деменцією становить близько 63 тисяч осіб, і ця цифра постійно зростає [54; 55; 57; 61; 62].

По-третє, деменція створює значне соціально-економічне навантаження як на родини, так і на системи охорони здоров'я та соціального захисту. Витрати на догляд за людьми з деменцією становлять суттєву частку витрат на охорону здоров'я в багатьох країнах світу. При цьому значна частина догляду здійснюється неформальними доглядальниками – членами родини, які часто не мають належної підготовки та підтримки.

Ми вважаємо, що варто звернути увагу на соціальні аспекти життя людей з деменцією в контексті пандемії COVID-19, яка загострила проблеми соціальної ізоляції та доступу до медико-соціальних послуг для цієї вразливої групи населення. На нашу думку, карантинні обмеження та соціальне дистанціювання створили додаткові виклики для організації належного догляду та підтримки цієї категорії клієнтів.

Варто також наголосити на недостатню розвиненість системи спеціалізованої допомоги людям похилого віку з деменцією в Україні. Адже існує гостра потреба у розробці та впровадженні комплексних програм допомоги та підтримки, які б враховували як медичні, так і соціальні аспекти даної проблеми. При цьому особливої уваги потребує розвиток community-based care – це догляду на рівні громади, який вважається, і ми погоджуємося з цією думкою, найбільш ефективним підходом у світовій практиці.

Міністерство соціальної політики України затвердило стандарт надання соціальної послуги «Догляд вдома», який визначає зміст послуги та особливості її надання, але без врахування специфіки роботи з деменцією [22].

Варто зазначити, що в останні роки, все частіше, проблема надання послуг для людей похилого віку, які живуть з деменцією, обговорюється на рівні експертів у соціальній сфері. Також окремо постає питання підготовки фахівців, які надають дану соціальну послугу, у тому числі, й на рівні мультидисциплінарних команд.

Про увагу суспільства до цієї проблеми свідчить активізація наукової спільноти та практиків. Зокрема, у 2018 році в Україні відбулася перша міжнародна практична конференція «Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід» у якій взяли участь відомі експерти, науковці та практики. Основні питання стосувалися проблем самотності та когнітивних порушень, організації соціально-психологічної підтримки осіб, які здійснюють догляд за людьми похилого віку з деменцією, підготовки фахівців тощо [2].

Тому ми вважаємо, що соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією, зумовлені:

- глобальним старінням населення та зростанням кількості людей з деменцією;
- значним соціально-економічним навантаженням на суспільство та родини;
- необхідністю розробки ефективних програм підтримки та догляду;
- потребою в адаптації систем соціальної підтримки до нових викликів;
- важливістю забезпечення прав та гідного життя людей з деменцією.

Наразі однією із нагальних проблем, з якими стикається дана категорія клієнтів, є зростаюче визнання важливості дотримання прав людей з деменцією та забезпечення їх гідного життя. Це відображено в міжнародних документах, зокрема в Глобальному плані дій ВООЗ щодо реагування суспільної охорони здоров'я на деменцію (2017-2025), який закликає країни розробляти комплексні стратегії підтримки людей з деменцією та їхніх доглядальників [51; 53].

Визначення соціальних проблем людей з деменцією є важливим для розробки ефективних інтервенцій та програм підтримки, які б відповідали реальним потребам цієї групи населення. Це особливо актуально в умовах обмежених ресурсів, коли необхідно максимально ефективно використовувати наявні можливості для забезпечення якісного догляду та підтримки.

Отже, ми вважаємо, що у нашому дослідженні варто зупинитися більш детально на основних проблемах та потребах даної категорії клієнтів.

– *Основні соціальні проблеми.* Люди похилого віку, які живуть з деменцією, стикаються з комплексом взаємопов'язаних соціальних проблем. До групи труднощів, які виникли під час війни, окрім відсутності доступу до ліків, належать наступні: фінансові труднощі через втрату роботи чи скорочення заробітної плати; відсутність доступу до медичних та соціальних послуг через закриття лікарень; евакуацію пансіонатів та виїзд окремих лікарів і професійних доглядальників; обмежений доступ до засобів гігієни через їх відсутність в аптеках або високу вартість; проблеми з організацією евакуації для людини з деменцією; тимчасова чи періодична відсутність комунікацій: світла, газу, води; нестача продуктів харчування, зокрема в перші дні війни [1; 5].

Сюди ж можна віднести і втрату здатності до самообслуговування та самостійного проживання. З розвитком даного захворювання такі клієнти потребують все більше допомоги у виконанні базових повсякденних дій: приготування їжі, дотримання особистої гігієни, прийом ліків, ведення домашнього господарства.

– *Соціальна ізоляція є другою критичною проблемою* та є однією із найсерйозніших проблем, з якими стикаються люди похилого віку, які живуть з деменцією. Це комплексне явище, що має багатовимірний характер та суттєво впливає на якість життя як самих пацієнтів, так і їхніх близьких. Через когнітивні порушення та поведінкові зміни люди з деменцією часто втрачають здатність підтримувати соціальні зв'язки, що призводить до самотності та

психологічного дискомфорту. Близькі та друзі можуть віддалятися через складнощі у спілкуванні та емоційне навантаження [56].

Причинами соціальної ізоляції можуть бути:

– *когнітивні порушення* (прогресуюче погіршення пам'яті ускладнює підтримання розмови та соціальних контактів; труднощі у впізнаванні знайомих людей призводять до дискомфорту у спілкуванні; порушення мовлення та розуміння мови створюють бар'єри у комунікації; дезорієнтація у часі та просторі обмежує можливості самостійного пересування);

– *поведінкові зміни* (непередбачувана поведінка може відлякувати оточуючих; агресія або роздратування як реакція на нерозуміння ситуації; апатія та втрата інтересу до соціальної взаємодії; порушення соціальних норм через втрату розуміння правил поведінки);

– *емоційні фактори* (депресія та тривожність, які пов'язані з усвідомленням свого стану; страх осуду та нерозуміння з боку оточуючих; сором через втрату навичок та здібностей; відчуття безпорадності та залежності від інших);

Розгляд причин соціальної ізоляції людей похилого віку з деменцією дають нам підстави також розглянути і *наслідки соціальної ізоляції*.

Ми вважаємо, що до таких наслідків можна віднести:

– *психологічні наслідки* (поглиблення депресивних станів; підвищення рівня тривожності; зниження самооцінки та відчуття власної гідності; прискорення когнітивного спаду через брак соціальної стимуляції);

– *фізіологічні наслідки* (погіршення загального стану здоров'я; зниження імунітету; порушення сну та апетиту; прискорення процесів старіння);

– *соціальні наслідки* (втрата соціальних ролей та статусу; руйнування соціальних зв'язків; обмеження доступу до соціальної підтримки; зменшення можливостей для отримання допомоги).

Варто також наголосити на *специфічних потребах людей похилого віку з деменцією, це:*

– *потреба у безпечному середовищі.* Люди похилого віку з деменцією потребують адаптованого житлового простору, який мінімізує ризики падінь та травм. Це включає: встановлення додаткових поручнів; забезпечення достатнього освітлення; усунення порогів та інших перешкод; встановлення систем безпеки (датчики руху, системи нагадування);

– *потреба у постійному догляді.* З прогресуванням захворювання зростає необхідність у професійному догляді. Це включає: допомогу з особистою гігієною; контроль за прийомом медикаментів; допомогу в організації харчування; супровід при пересуванні; організацію дозвілля та зайнятості;

– *медико-соціальні потреби.* Люди похилого віку з деменцією потребують комплексного медико-соціального супроводу: регулярні медичні огляди; доступ до необхідних ліків та терапії; реабілітаційні послуги; психологічна підтримка; консультації фахівців різного профілю;

– *економічні аспекти.* Догляд за людьми похилого віку з деменцією має значне економічне навантаження як на родину, так і на систему охорони здоров'я та соціального захисту. На нашу думку це може включати такі витрати: медикаменти та лікування; оплату послуг доглядальників; адаптацію житла для таких категорій клієнтів; спеціальні засоби догляду та реабілітації; транспортні послуги;

– *правові аспекти та захист прав.* Особливої уваги потребує захист прав людей похилого віку з деменцією, оскільки вони часто стають жертвами різних форм зловживань. І такими важливими аспектами варто відмітити є: захист майнових прав; призначення опікунів та піклувальників; запобігання дискримінації; забезпечення доступу до соціальних послуг; захист від насильства та експлуатації.

Ми вважаємо, що соціальні проблеми та потреби людей похилого віку з деменцією є комплексними та взаємопов'язаними. На нашу думку, їх вирішення потребує системного підходу, який повинен включати медичну, соціальну, психологічну та правову підтримку. Важливим є також розвиток

інфраструктури послуг, підготовка фахівців, які здійснюють догляд за такою категорією клієнтів, та підтримка родин, які опікуються за своїми рідними та близькими.

Таким чином, проведений аналіз соціальних проблем та потреб людей похилого віку з деменцією, дає підстави стверджувати про комплексність та багатовимірність даної проблематики. Демографічні тенденції, зокрема прогнозоване ВООЗ подвоєння кількості людей віком 60+ до 2050 року [59; 60] та потенційне потроєння кількості осіб з деменцією, створюють серйозні виклики для систем соціального захисту та охорони здоров'я в глобальному масштабі.

Проведений аналіз, на нашу думку, виявив, що основні соціальні проблеми даної категорії клієнтів значно загострилися в умовах воєнного стану в Україні. Особливо критичними стали питання доступу до медикаментів, фінансового забезпечення через втрату роботи чи скорочення заробітної плати, обмеженого доступу до медичних та соціальних послуг, а також складнощі з організацією евакуації.

Соціальна ізоляція виявилася однією з найсерйозніших проблем, що підтверджується дослідженнями Томаса К.М. К'юдо, які демонструють підвищення ризику деменції на 28% протягом 9 років у соціально ізольованих осіб [56]. Когнітивні порушення, поведінкові зміни та емоційні фактори створюють замкнене коло проблем, що призводить до психологічних, фізіологічних та соціальних наслідків.

Специфічні потреби людей похилого віку з деменцією охоплюють широкий спектр аспектів: від створення безпечного середовища проживання до забезпечення правового захисту. Особливої уваги потребує економічний аспект, оскільки догляд за такими особами створює значне фінансове навантаження як на родини, так і на системи соціального захисту.

Отже, ми вважаємо, що для підвищення ефективності соціальної підтримки людей похилого віку з деменцією необхідно розвивати систему денних центрів

та програм тимчасового догляду за такою категорією клієнтів, також розробляти та впроваджувати програми навчання для родичів, доглядальників та соціальних працівників/робітників (це і будемо пропонувати у другому розділі нашого бакалаврського дослідження), варто створювати спеціалізовані сервіси підтримки родичів та самих клієнтів, розвивати та розширювати мережу груп взаємодопомоги (а наразі ця проблема дуже актуальна) і, звичайно, підвищувати обізнаність суспільства про проблеми деменції.

1.3. Досвід догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією громадських організацій у зарубіжних країнах та в Україні

При тому що вплив деменції на глобальному рівні зростає, недостатнє розуміння цього стану сприяє виникненню страхів і породжує стигматизацію. Стигматизація призводить до соціальної ізоляції осіб, яких торкнулася деменція (як самих хворих, так і членів їхніх сім'ї), і до відтермінування звернення для діагностики та отримання допомоги. Існує гостра необхідність у підвищенні обізнаності про деменцію і поліпшення її розуміння в суспільстві на всіх його рівнях як крок у напрямі підвищення якості життя людей із деменцією та осіб, які здійснюють догляд за ними.

Деменція чинить серйозний інвалідизуючий вплив на осіб, які страждають на це захворювання, і нерідко має руйнівні наслідки для тих, хто здійснює догляд за ними, і членів їхніх сімей. Серед основних проблем, з якими найчастіше стикаються люди з деменцією визначають самотність, недостатність спілкування, незадовільний стан здоров'я, матеріальні труднощі, почуття безпорадності тощо [43-49].

Найчастіше послугу догляду вдома надають соціальні робітники, які працюють у територіальних центрах соціального обслуговування населення. Отже послуга «Догляд вдома» – це допомога в самообслуговуванні, пересуванні

в побутових умовах, веденні домашнього господарства, в організації взаємодії з іншими фахівцями та службами; навчання навичок самообслуговування; допомога в забезпеченні технічними засобами реабілітації, навчання навичок користування ними; психологічна підтримка; інформування та представництво інтересів [9].

Нині впроваджено Типову програму для навчання фізичних осіб, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності [21; 25; 26].

Тренінгова програма «Основи догляду вдома» реалізується за підтримки проєкту «Зміцнення кризової координації та посилення управління Уряду України щодо реагування на надзвичайні ситуації» ПРООН в Україні.

З метою формування базових знань щодо організації соціальної роботи у сфері паліативної допомоги у Школі соціальної роботи Національного університету «Києво-Могилянська академія» впроваджена навчальна дисципліна «Соціальна робота у сфері паліативної допомоги» у межах бакалаврської освітньої програми з підготовки студентів за спеціальністю 231 «Соціальна робота». На викладання відводиться 90 год, з яких лекційні та семінарські заняття (28 год) присвячені вивченню специфіки соціальної роботи [8].

Аналізуючи досвід Великої Британії, можна виділити рух «Dementia Friends». Метою цього руху є інформування людей щодо проблеми деменції та про те, як вони можуть приєднатися до такого руху, аби покращувати та підвищувати якість життя людей з деменцією [2]. Благополучне життя з деменцією у Великій Британії включає такі види діяльності, як: відвідування клубів «Кафе пам'яті», співів для збереження пам'яті, імпровізаційних театральних гуртків, хорів, занять, що стосуються життєвої історії людини, громадського життя (синагога). Том Кітвуд та його команда в Бредфордському університеті провели багато досліджень і написали багато книг про те, як переходити від медичного, планового підходу до особистісно-орієнтованого

підходу. Вони розробили цілу програму навчання для персоналу будинків для людей похилого віку та гуртожитків квартирного типу для літніх людей.

А, наприклад, у Молдові клієнтами, які живуть з деменцією вважаються людьми з психічними розладами. Даним захворюванням страждає велика кількість населення Молдови, реєструється наростаючий показник, близько 15 тисяч осіб на рік, а загальна поширеність близько 100 тисяч на рік. яких близько 28 тисяч мають ступінь інвалідності. структури інвалідності, 9% складає галузь психічного здоров'я. знаходиться «Концепція про бачення Національної стратегії розвитку «Молдова 2030», яка не тільки не передбачає вирішення питань людей, які живуть з деменцією, а й поняття «деменції»; будинок для людей похилого віку обходиться в середньому 6-7 тисяч леїв на місяць; немає кваліфікованих кадрів; спеціальні медичні препарати не компенсуються державою [2].

У Кишиневі з 2017 р., за підтримки World Jewish Relief та Home Care, розпочав роботу проект «Стираючи грані та бар'єри» («Blurring the lines and barriers»). підтримці Beth Saffer, Gill Yentis, Padraic Garrett, вдалося отримати знання з питань роботи з деменцією, відповідно до європейських та світових стандартів та досвіду та впровадити проект. Проект «Стираючи грані та бар'єри» («Blurring the lines and barriers») – співпраця з державними структурами 06 червня 2017 року – круглий стіл на тему «Деменція: стираючи грані та бар'єри», проведений та ініційований «Хесед Єгуда», всього 36 осіб (в рамках проекту «Стираючи грані та бар'єри» («Blurring the lines and barriers»). 14 листопада 2017 року з ініціативи «Хесед Єгуда» проведено навчальний семінар для 60 державних соціальних (патронажних) працівників та асистентів, які обслуговують літніх людей м. Кишиневі на тему «Деменція у літніх людей, симптоми, ознаки, можливості та способи взаємодії та збереження соціальних навичок».

У вересні 2017 р. семінар для волонтерів, присвячений Всесвітньому дню боротьби з хворобою Альцгеймера, що відзначається щорічно 21 вересня.

допомогою відбувається зміна кількості охоплених клієнтів, масштабу заходів, якісне оновлення традиційних послуг. Для покращення роботи та співпраці з РВЦ щомісяця проводяться робочі зустрічі та семінари, заходи, що покращують якість інформації з догляду за хворими, які страждають на хворобу Альцгеймера:

1. *Заходи проходять у мережі кафе «Ендіс Піца»* за допомогою волонтерів з метою соціалізації, проведення дозвілля спілкування, ігор. «Кафе пам'яті» дає можливість отримати кваліфіковану допомогу психолога, зустрічі родичів, які доглядають осіб, волонтерів та клієнтів, які живуть з деменцією у двох мікрорайонах міста Кишинєва (спілкування, соціалізація, самотність, обговорення питань, що виникли).

2. *Робота з психологом:* заходи групового та індивідуального характеру щодо навчання та зняття емоційного вигорання осіб, що доглядають (родичів та працівників), за родичами, які живуть з деменцією служби «Догляд на дому».

3. *Навчання:* щомісячні зустрічі. патронажними співробітниками для навчання та обговорення актуальних тем, що стосуються догляду за літніми клієнтами.

4. *Індивідуальна робота:* 31 клієнт за цей період отримали додаткові години індивідуальних статей на тиждень.

5. *Групова робота – «Денний Центр»:* створення групи з клієнтів, які живуть з деменцією, щотижня, 14 осіб.

З 2012 році на базі Міжнародного благодійного фонду «Єврейський Хесед «Бней Азріель» розпочалася реалізація проекту програми «Збереження пам'яті», який в 2016 році набрав нових обертів, розширивши напрями роботи: був створений денний центр для людей з деменцією та впроваджено регулярні підтримуючі зустрічі для соціальних робітників та членів родини, розширено формат роботи з клієнтами. Це дозволило виявити дефіцит інформації про деменцію в соціумі, що ускладнює адаптацію клієнтів поза межами власної оселі.

Також на базі цієї організації впроваджено та ефективно працює проект «Формування дружньої спільноти для людей з деменцією» в Києві та Київській області. Даний проект реалізується за підтримки World Jewish Relief (Великобританія) з липня 2017 року на базі Міжнародного благодійного фонду «Єврейський Хесед «Бней Азріель».

Місія проекту – це підвищення якості життя людей з деменцією, а його ціль – створення «рятівного кола підтримки» – сприятливого соціального середовища для людей з деменцією.

Завдання які поставлені у даному проекті:

- I. Створення психологічного комфорту людей з деменцією.
- II. Підтримка членів сім'ї та осіб, які доглядають за людьми з деменцією.
- III. Інформування широких верств населення про аспекти соціального життя людей з деменцією.
- IV. Формування толерантного оточуючого середовища, обізнаного з проблемами людей з деменцією.

Важливим напрямом діяльності проекту стало формування інформаційної платформи функціонування дружньої спільноти для людей з деменцією – група в фейсбук «Друзі деменції».

Для вирішення *першого завдання проекту* були реалізовані індивідуальні та групові комунікативні заходи.

Індивідуальні заходи включали: зустрічі, проведення міні-ментал тесту, інтерв'ю для визначення вподобань та потреб кожного потенційного учасника, консультування.

Групові заходи реалізуються для:

- 1) клієнтів з когнітивними порушеннями легкої та середньої форми;
- 2) членів родини та клієнта з деменцією (залучення до спільної цікавої творчої діяльності, спілкування за чаєм).

Виконання *другого завдання проекту* «Підтримки членів родин та осіб, які доглядають за людьми з деменцією» було реалізовано в наступних напрямках:

– *індивідуальна психологічна допомога* (консультування та інформаційна підтримка членів родин/опікунів/доглядальників);

– *групи підтримки для членів родин людей з деменцією* (неформальна обстановка; часто пропонується цікава об'єднуюча діяльність, яка знімає перешкоди та зменшує тривожність);

– *групи підтримки для соціальних робітників фонду*, чия діяльність пов'язана з доглядом за людьми з деменцією (регулярні тематичні зустрічі в рамках підтримуючих програм «Методичні зустрічі» – для досвідчених фахівців та «Базовий курс» – для новачків фонду;

– *інформаційні зустрічі з людьми, які здійснюють догляд за людьми з деменцією* (співробітники будинків для людей похилого віку тощо).

Третє завдання проекту – інформування широких верств населення про аспекти соціального життя людей з деменцією – було реалізоване в напрямках:

– *просвітницька діяльність* серед людей похилого віку щодо деменції (включала участь у програмах «Денного центру», «Теплих осель» з практикумами: «Перевір свою пам'ять», «Навчись і навчи інших гімнастиці для мозку», «Що таке деменція і як стати другом людей з деменцією».

– *інформаційні зустрічі* зі співробітниками територіальних центрів, медичних установ та закладів освіти, представниками державних структур (обмін інформаційними матеріалами, практичним досвідом, обговорення існуючих проблем чи тенденцій, пошук шляхів вирішення спільними зусиллями);

– *розповсюдження інформації про аспекти життя людей з деменцією* – в соціальних мережах, інших інтернет-ресурсах, друкованих засобах інформації (створено відкриту групу в фейсбуці «Друзі деменції», постійно поповнюється практичними матеріалами; обмін інформаційними матеріалами з подібними групами; сайт МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»; статті в ЗМІ).

Четверте завдання проекту – формування толерантного оточуючого середовища, обізнаного з проблемами людей з деменцією – реалізоване через напрями:

– *створення та розвиток волонтерського руху*, направлено на інформування населення про соціальні аспекти життя людей з деменцією – було підготовлено 25 волонтерів з числа студентів КМА та фахівців – психологів, які залучені почергово до всіх групових програм; в подальшому – всі залишаються Друзями деменції і діляться інформаційними матеріалами, поширюють знання серед широких мас населення, підтримують зв'язки з проектом;

– *налагодження партнерської взаємодії* для популяризації кращих практик;

– *створення спільноти людей похилого віку*, родичів та людей, які здійснюють догляд за людьми деменцією, спеціалістів соціальної роботи, пов'язаних із забезпеченням якості життя людей з деменцією.

Особливостями реалізації проекту виділено три напрями:

1. Робота по підготовці та забезпеченню діяльності груп людей з деменцією;

2. Методична підтримка фахівців, соціальних працівників, волонтерів включають використання сучасної теоретичної бази та наявного практичного досвіду та пошук нових методи, підбір відповідних фахівців при підтриманні постійного зворотного зв'язку з учасниками дружньої спільноти та залучення потенційних учасників.

Соціальні робітники та фахівці Фонду, які постійно проходять спеціальне навчання, отримують змогу бути в постійному онлайн доступі до нових матеріалів чи методик щодо роботи з даною категорією клієнтів.

У нашому дослідженні ми вважаємо, що варто зупинитися ще на одному досвіді роботи з людьми похилого віку з деменцією. Це діяльність благодійної організації «Харківський благодійний єврейський фонд Хесед-Шааре Тіква» налічує 7500 клієнтів на патронажному обслуговуванні – 1200 клієнтів працює

380 патронажних працівників. Віковий склад клієнтів: 71-80 років – 2650 клієнтів, 82 і старше – 1620 клієнтів. На сьогоднішній день виявлено 370 потенційних учасників проекту, що приблизно становить 5,5% загальної чисельності вікового складу клієнтів. Проблема – культура діагностики. Менше 6% клієнтів, які живуть з деменцією, пройшли медичне обстеження та отримують медикаментозну підтримку.

Інструменти, які використовуються для реалізації такої діяльності:

- Складання планів роботи груп та індивідуальної програми для кожного клієнта відповідно до його стану та кола інтересів для роботи вдома.
- Оздоровчі заняття: легкі фізичні вправи, самомасаж, розвиток моторики за допомогою допоміжних предметів та вправ (м'ячики, гудзики, палички, мішечки з крупою, кінетичний пісок), підтримка когнітивних та соціальних навичок (розгадування кросвордів, складання пазлів, оповідань по картинках, письмове додавання та віднімання, ігри.
- Музичні заняття, каністерапія, навчальні семінари [12].

Варто зупинитися ще на досвіді однієї із потужних організацій в Україні, яка працює з людьми похилого віку з деменцією та їх сім'ями, родичами чи доглядальниками. Це громадська організація «Незабутні». Благодійний фонд «Незабутні» було засновано в 2021 році з метою надання допомоги людям з деменцією та їх близьким. Відтоді й до сьогодні ця організація розвивається швидкими темпами, створює нові програми та проекти, переймає кращі світові практики. Фахівці організації прагнуть об'єднати зусилля як державних, так і недержавних організацій задля того, щоб люди з деменцією та їхні родини мали гідне та комфортне життя, а також працюють над створенням суспільства, дружнього до людей з деменцією.

За перший рік існування фонд побудував стабільну основу. Його було зареєстровано, розроблено неймінг, бренд-айдентіку. Були запуснені перші успішні пілотні проекти, які продовжуються і сьогодні:

- групи психологічної підтримки для родичів та доглядальників людей з деменцією,
- “Кафе “Незабутні”,
- фотопроєкт “МИ Є. ЛЮДИ з деменцією” та акція з привернення уваги до деменції під час показів вистави “Батько”,
- кампанія з привернення уваги до деменції “Місяць деменції” та інші.

На кінець 2021 року до фонду долучилося близько 40 волонтерів, серед яких були юристи, психологи, перекладачі, соціологи та інші. Відбулася також перша поява фонду на телебаченні і радіо.

Наразі фонд “Незабутні” є членом двох найбільших міжнародних федерацій – Alzheimer's Disease International та Alzheimer Europe. Фонд співпрацює з Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством Соціальної політики та ВООЗ щодо розробки Національного плану з реагування на деменцією в Україні. Реалізуються проєкти з адвокації, психологічної, юридичної та медичної підтримки, соціальні заходи для людей з деменцією, проводяться дослідження та активно ведеться робота щодо підвищення обізнаності в суспільстві. З 2023 року фонд “Незабутні” запустив Всеукраїнську гарячу лінію з питань деменції [3].

Фахівці даної організації проводить тематичні тренінги з підтримки людей, що доглядають за людьми з деменцією. Консультативна допомога для доглядальників включає: інформаційну, кейс-менеджмент, психологічну, консультації з догляду, консультації з юридичних питань. Навчання з питань догляду: як діагностують деменцію, яка існує медична підтримка; спілкування та поведінка людей з деменцією; людино-орієнтований підхід; безпечний побут; юридичні питання.

Отже, аналізуючи сучасні виклики, які пов'язані з синдромом деменцією, на нашу думку, стає очевидним, що це не лише медична проблема, але й значний соціальний виклик, що впливає на різні аспекти життя людей похилого віку, їхніх сімей, родин та суспільства в цілому. Незнання та стигматизація деменції

суттєво ускладнюють ранню діагностику, отримання якісної допомоги та соціальну інтеграцію осіб, які з нею живуть. Важливо усвідомлювати, що деменція не є вироком, а відповідна підтримка, інклюзія та якісний догляд можуть суттєво покращити рівень життя таких людей.

Оскільки деменція чинить потужний інвалідизуючий вплив і має руйнівні наслідки не лише для самих хворих, а й для їхніх рідних, виникає нагальна потреба в розробці та впровадженні комплексних стратегій підтримки. Найважливішими напрямками роботи є покращення доступу до соціальних послуг, психологічної підтримки, навчання навичок самообслуговування та професійного догляду. Особливу роль у цьому відіграють соціальні працівники/соціальні робітники, які надають соціальну послугу «Догляд вдома» та здійснюють щоденний супровід та соціальний патронат осіб із деменцією.

Успішний досвід міжнародних практик, таких як рух "Dementia Friends" у Великій Британії або проєкт "Стираючи грані та бар'єри" в Молдові, демонструє важливість комплексного підходу до розв'язання проблеми деменції. Це включає не лише професійний догляд, а й соціальну активність, організацію спеціальних програм для осіб із деменцією та їхніх родин, а також створення безбар'єрного середовища.

Національні ініціативи, як-от впровадження навчальних програм для соціальних працівників/соціальних робітників у рамках освітніх курсів і тренінгів, свідчать про поступове зростання уваги до цієї проблеми. Проте залишається необхідність у подальшій роботі над вдосконаленням державних політик, підвищенні обізнаності населення та впровадженні нових підходів до догляду та соціальної інтеграції людей з деменцією. Залучення громадських організацій, державних інституцій та міжнародних партнерів може суттєво сприяти створенню ефективної системи підтримки осіб, які живуть з деменцією, та тих, хто здійснює догляд за ними.

Таким чином, подальші дослідження та розробка політик мають зосереджуватися на розширенні доступу до якісних соціальних та медичних

послуг, розробці тематичних програм підтримки та навчання як для доглядальників, так і для фізичних осіб (родичів) і фахівців, а також на формуванні суспільної культури прийняття та розуміння деменції. Лише комплексний підхід та тісна взаємодія між різними секторами суспільства дозволять забезпечити гідне життя для людей похилого віку, які живуть з деменцією, та створити ефективну систему підтримки для їхніх родин.

Висновки до першого розділу

Вивчення та дослідження такого захворювання у людей похилого віку як синдром деменції є наразі надзвичайно актуальним у контексті глобального старіння населення. У першому розділі бакалаврської роботи було проаналізовано основні наукові підходи до визначення поняття «деменція», розглянуто її причини, прояви та особливості перебігу у людей похилого віку, а також визначено соціальні проблеми та потреби осіб, які живуть із цим синдромом. Її причини можуть бути різними. Вона негативно впливає на якість життя не лише самих хворих, а й їхніх родин, створюючи додаткові соціальні та економічні виклики. Люди з деменцією стикаються з проблемами соціальної ізоляції, стигматизації, недостатньої доступності медичних та соціальних послуг. Вони потребують догляду, соціального супроводу, соціального патронату та програм підтримки, що сприятимуть стабілізації їхнього емоційного та фізичного стану та в цілому покращення якості життя.

У всьому світі громадські організації відіграють ключову роль у догляді за людьми похилого віку з деменцією, особливо в умовах обмеженості державних ресурсів. У зарубіжних країнах поширеними є спеціальні програми підтримки родичів, мультидисциплінарні команди допомоги, центри денного перебування. В Україні така діяльність лише розвивається, що потребує підвищення обізнаності суспільства та вдосконалення державної політики у цьому

напрямку. Така діяльність вимагає міжсекторальної співпраці медичних установ, соціальних служб, громадських організацій та державних структур. Важливими є заходи з профілактики, ранньої діагностики та створення інклюзивного середовища, що сприятиме соціальній адаптації таких людей.

Таким чином, подальші дослідження та розробка політик мають зосереджуватися на розширенні доступу до якісних соціальних та медичних послуг, впровадженні програм підтримки для людей з деменцією та їхніх родичів, а також формуванні культури прийняття та розуміння деменції у суспільстві.

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА З ДОГЛЯДУ ВДОМА ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕМЕНЦІЄЮ

2.1. Діяльність МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» щодо надання послуги «Догляд вдома» людям похилого віку з деменцією

У сучасних умовах старіння населення та збільшення кількості людей похилого віку, які страждають на деменцію, особливого значення набувають соціальні послуги, спрямовані на підтримку цієї категорії громадян.

Соціальне обслуговування вдома – це один із основних видів соціальної роботи. Його *основна мета* – максимально продовжити перебування громадян у звичному для них середовищі проживання, підтримати їх особистісний соціальний статус, захистити їхні права та законні інтереси [15-18].

Догляд за цією категорією клієнтів є складним завданням, яке вимагає комплексного підходу та міждисциплінарної взаємодії. У цьому контексті діяльність громадських та благодійних організацій відіграє важливу роль у забезпеченні соціального захисту, медико-соціальної підтримки та покращенні якості життя таких осіб.

І однією із організацій, яка активно займається наданням соціальних послуг людям похилого віку, зокрема тим, хто має деменцію, є Міжнародний благодійний фонд «Єврейський Хесед «Бней Азріель». Даний фонд працює в Україні та надає широкий спектр соціальних послуг, зокрема програму «Догляд вдома», яка спрямована на підтримку осіб похилого віку, що втратили здатність до самостійного життя.

Послуга «Догляд вдома» включає не лише базові аспекти догляду, такі, як допомога у веденні домашнього господарства, підтримка в прийомі їжі, дотримання особистої гігієни, але й психологічну та емоційну підтримку клієнтів.

Кожен клієнт потребує різного рівня підтримки під час виконання завдань з особистого догляду. Список завдань та обсяг підтримки, якої потребує клієнт, включені до його плану обслуговування.

Виділяють п'ять рівнів підтримки:

1) *незалежний*: безпека не викликає побоювань, і клієнту не потрібна допомога або нагадування при виконанні даного конкретного завдання;

2) *під наглядом*: клієнт може безпечно виконати завдання, але ви контролюватимете його або її. Можливо, вам знадобиться нагадати про щось клієнту або надати інструкцію в процесі виконання завдання. Спостереження не включає практичну допомогу;

3) *обмежена допомога*: клієнт бере активну участь у виконанні завдання, але потребує деякої практичної допомоги. Ви можете спрямовувати руки або кисті клієнта під час виконання завдання. Обмежена допомога не включає підтримку, при якій ви надаєте опору клієнту;

4) *розширена допомога*: клієнту потрібна підтримка з опорою або повна допомога під час виконання частини завдання. Вам доведеться надавати опору клієнту або виконувати частину завдання за нього чи за неї;

5) *повна залежність*: клієнт не може брати участь у жодній частині завдання. Вам потрібно буде виконати всі частини завдання клієнта.

У даному підрозділі ми проаналізуємо особливості діяльності МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель», зокрема специфіку організації та надання послуги «Догляд вдома» людям похилого віку з деменцією, її ефективність та виклики, з якими стикаються соціальні робітники в процесі роботи.

Отже, МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» працює в Україні вже більше, ніж 25 років. Почавши з нуля в країні, де понад 70 років до того не було і натяку на філантропію, сьогодні дана організація перетворилася у розвинену сучасну організацію, яка повністю відповідає стандартам благодійності XXI століття. Це - активна місія добра і десятки тисяч вдячних сердець. Організація надає послуги більше, ніж 6000 клієнтам – членів єврейської громади Києва і

області, Житомира та області; реалізує більше 10 благодійних програм і проєктів; працює потужна команда професійних волонтерів, які безкорисливо віддають свій час, енергію і сили; професійна команда, до складу якої входять соціальні робітники та співробітників офісу, які забезпечують безперебійну роботу програм та проєктів. МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» намагається покращити якість життя осіб похилого віку, що є найбільш соціально незахищеною частиною єврейської громади, надаючи їм благодійну допомогу та соціальну підтримку [12].

Метою Фонду є надання соціальних послуг високої якості для забезпечення довголіття, соціального захисту та адаптації клієнтів.

Принципи даної організації:

- *милосердя*: Фонд сприяє своїм клієнтам в отриманні допомоги;
- *відкритість та прозорість*: Фонд гарантує організаціям і громадянам, які беруть участь у благодійному процесі, цільове використання коштів;
- *волонтерство*: кожна людина може надати благодійну допомогу та долучитися до реалізації програм Фонду;
- *інноваційність*: Фонд постійно шукає нові ідеї та підходи у своїй роботі з благодійними некомерційними організаціями, засобами масової інформації та суспільством загалом. Спираючись на світові традиції благодійності, в роботі ми використовуємо найефективніші міжнародні практики;
- *законність*: Фонд функціонує відповідно до законодавства України, загальноновизнаних норм та принципів права; суворо дотримується норм, що регулюють благодійну діяльність;
- *самоідентифікація*: ми відкриті й доступні для всіх позитивних ідей та ініціатив, але залишаємо за собою право не підтримувати ініціативи, що суперечать нашим принципам і цінностям;
- *ефективності та відповідальності*: у своїй діяльності ми намагаємося обирати ефективні методи та механізми роботи, що дають можливість принести максимальну користь людям.

У похилому віці багато людей потребують допомоги у приготуванні їжі, прибиранні квартири, здійсненні побутових дій та щоденних гігієнічних процедур. Для вирішення цієї проблеми працює одна з основних програм фонду – «Догляд на дому».

Мета служби «Догляд вдома»: покращення якості життя людини та допомога людині жити гідно.

Завдання служби «Догляд вдома»:

- допомога самотнім людям похилого віку та людям з інвалідністю у задоволенні основних потреб;
- зберігати та заохочувати самостійність;
- мобілізувати внутрішні ресурси підопічного, надаючи морально-психологічну та фізичну підтримку, активізуючи його волю до життя;
- допомагати у підтримці зовнішніх зв'язків людей похилого віку з найближчим оточенням, громадою та суспільством.

І, звичайно, основним етичним принципом діяльності є: не нашкодь!

Одними з головних діючих осіб програми є соціальні робітники, які придбають продукти, наведуть лад у квартирі, поспілкуються з комунальними службами... Але головним завданням є збереження фізичної активності людини. «... Без Хеседу я не уявляю свого життя... ви вселили у мою душу стимул до життя... соціальний працівник – справжній професіонал своєї справи та чуйна людина», – із вдячністю говорить Маня Н., жертва нацизму, яка отримує послуги в межах програми [12].

Послуги з догляду вдома надаються даною службою та виконуються працівником з догляду (тобто соціальним робітником і включають у себе таке:

- *персональний догляд і спостереження:* надання допомоги клієнтам у одяганні та прийомі їжі, прийомі ліків, підтримці особистої гігієни; допомога під час пересування; спостереження за станом здоров'я клієнта;

– надання допомоги під час виконання інструментальних повсякденних побутових дій: наведення порядку і прибирання, прання, приготування їжі, супровід клієнта поза домом, купівля продуктів і ліків;

– спілкування з клієнтом. Бесіда з клієнтом, прояв інтересу до нього та його сім'ї.

Залежно від програми, відрізняються завдання соціального робітника та, відповідно, компетенції. Так, за словами фахівців, діяльність соціальних робітників програми «Догляд вдома» спрямована на покращення соціально-побутових умов життя клієнта і може включати допомогу в побуті, інформаційні та соціально-економічні послуги, що корелює з допомогою у виконанні щоденних та інструментальних щоденних дій у міжнародній практиці.

Існує два види догляду вдома:

– *побутова допомога* - працівник з догляду надає допомогу тільки у виконанні інструментальних побутових дій вдома у клієнта;

– *персональний догляд* - працівник із догляду здійснює персональний догляд за клієнтом і надає допомогу у виконанні інструментальних побутових дій. Завдання з особистого догляду – це рутинні дії, які включають купання, прийом їжі та інші завдання, які допомагають підтримувати чистоту, здоров'я і хороше самопочуття. Помічник з догляду вдома підтримує незалежність клієнта, допомагаючи йому чи їй у виконанні таких завдань з особистого догляду.

Послуги з догляду вдома для людей похилого віку з деменцією мають надаватися відповідно до таких принципів:

– збереження, заохочення та відновлення, по можливості, самостійності клієнта. Слід заохочувати самостійне виконання клієнтом тих дій, які він здатний виконувати, забезпечуючи при цьому його безпеку;

– турбота про особисту безпеку клієнта під час надання йому догляду, зокрема за допомогою створення відповідних умов у його квартирі;

- створення відносин довіри та взаємної поваги між працівником з догляду та клієнтом;
- увага до змін у стані здоров'я клієнта, у його особистих, соціальних і сімейних обставин і регулярне повідомлення про них керівнику програми;
- увага до вподобань, звичок і потреб клієнта включно з бажання клієнта дотримуватися у своєму домі єврейських традицій. Слід задовольняти бажання клієнта (у тому разі, якщо вони можуть бути задоволені в рамках роботи програми);
- суворе виконання плану з догляду, в якому чітко визначено види і частоту догляду.

Дуже важливо, щоб клієнти та члени їхніх сімей усвідомлювали, що працівник з догляду діє в рамках цього плану. Це допоможе захистити клієнта і працівника з догляду від виникнення небажаних ситуацій.

При догляді за людиною похилого віку, яка живе з деменцією, соціальні робітники повинні дотримуватися наступних правил:

- *Планування і передбачуваність.* Встановити розпорядок дня.
- *Відсутність поспіху.* На виконання завдань може піти більше часу, ніж раніше.
- *Залучення до діяльності.* Здійснювати більше дій самостійно, з мінімальною допомогою.
- *Надання вибору.* Для збереження когнітивних функцій корисно щодня надавати якийсь не дуже великий вибір.
- *Прості інструкції.* Говорити простими фразами.
- *Обмеження пасивного проведення часу.* Це допоможе звести до мінімуму ризик переплутати день і ніч та позитивно позначиться на загальному стані людини.
- *Усунення відволікаючих факторів.* Під час вживання їжі або під час розмови, рекомендується звести до мінімуму зовнішні відволікаючі фактори.

- *З часом людина з деменцією стає все більш залежною.* Варто проявляти гнучкість.
- *Зменшити вірогідність падіння.* Варто мінімізувати наявність предметів, які можуть призвести до падіння.
- *Усунути небезпечні предмети.* Шафи, які містять щось потенційно небезпечно, має сенс закрити на замок.
- *Дотримуватися заходів пожежної безпеки.* Сірники та запальнички повинні зберігатися поза досяжністю людини з деменцією.
- *Орієнтація в часі.* Повісити годинник та календар у кімнаті, де перебуває клієнт.
- *Безпека в побуті.* В кімнаті краще залишити тільки ті речі, якими клієнт користується щодня.
- *Відвідування туалету.* Встановлення поручні у ванній та туалетній кімнатах, позначте двері.
- *Одяг.* Використовування одягу на гумці, «липучках», блискавках, заохочувати до самостійного одягання.
- *Годування.* Нарізати їжу маленькими шматочками, щоб клієнт не подавився. Найчастіше давати їжу, яку можна їсти руками.
- *Забудькуватість.* Записувати відповіді на питання клієнта, що найчастіше повторюються, та показувати їх йому.
- *Нудьга.* Займати клієнта посильними та цікавими для нього заняттями, допомагаючи йому в цьому.
- *Втрата речей.* Клієнт часто може забувати, куди було покладено той чи інший предмет. У деяких випадках він може звинувачувати інших у крадіжці втраченого предмета.
- *Блукання.* Клієнт може блукати вдома або залишити будинок і блукати околицями. Необхідно подбати про його безпеку.

– *Агресивність*. Зберігати спокій, намагатися не висловлювати страху, гніву чи занепокоєння.

Отже, догляд за людьми похилого віку з деменцією є однією з найважливіших складових соціальної роботи, оскільки цей синдром значно обмежує здатність людини до самостійного життя та самообслуговування. В ході аналізу діяльності МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» щодо надання послуги «Догляд вдома», було виявлено кілька ключових аспектів, які визначають ефективність цієї моделі допомоги. Це важливість догляду вдома як альтернативи інституційному утриманню. Догляд вдома дозволяє людям похилого віку з деменцією залишатися у звичному їм середовищі, і це позитивно впливає на їхній емоційний стан, когнітивні функції та загальну якість життя.

Успішний досвід діяльності даної організації демонструє, що громадський сектор може ефективно доповнювати державну систему соціального захисту, забезпечуючи індивідуалізований підхід до кожного клієнта та комплексність підходу до надання послуги «Догляд вдома». Адже ефективний догляд вдома для людей похилого віку з деменцією включає не лише допомогу у виконанні побутових завдань, а й психологічну підтримку, соціальний та медичний супровід, реабілітаційні заходи, а також консультації для родичів та доглядальників.

Тому потрібно акцентувати увагу на необхідності підготовки спеціалістів, які надають дану послугу людям похилого віку з деменцією. Робота з людьми, які страждають на деменцію, вимагає спеціальних знань і навичок, тому важливим аспектом залишається професійна підготовка соціальних працівників/соціальних робітників, медичних сестер та доглядальників.

Отже, надання послуги «Догляд вдома» для людей похилого віку з деменцією є не лише важливим соціальним завданням, а й одним із найефективніших способів підтримки даної категорії населення. Подальший розвиток цієї моделі вимагає комплексного підходу, фінансової підтримки та вдосконалення професійної підготовки соціальних працівників.

2.2. Потреби соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією

Для дослідження потреб соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією нами було проведено анкетування 26 соціальних робітників МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель».

Для дослідження тривожності був використаний Тест Спілбергера-Ханіна «Визначення рівня тривожності» (Додаток Б). Тест Спілбергера-Ханіна [24] належить до методик, що досліджують психологічний феномен тривожності. В нашому дослідженні дозволяє визначити тривожність за віддалених наслідків стресогенних впливів на особистість.

Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які стосуються тривожності як стану (стан тривожності, реактивна чи ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань визначення тривожності як диспозиції, особистісної особливості (властивість тривожності).

Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, що характеризується суб'єктивно переживаними емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю в даній конкретній обстановці. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну чи стресову ситуацію, може бути різним за інтенсивністю та динамічним у часі.

Під *особистісною тривожністю* розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відбиває схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широкий діапазон ситуацій як загрозливі, відповідаючи кожну їх дуже вираженим станом тривожності. Вимірювання тривожності як властивості особистості особливо важливо, оскільки це властивість багато в чому зумовлює поведінка суб'єкта [24].

При інтерпретації результат можна оцінювати так:

До 30 – низька тривожність;

31-45 – помірна тривожність;

46 і більше – висока тривожність.

В ході нашого дослідження нами було отримано такі результати щодо потреби соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією. На початку опитування ми дізнавалися про вік респондентів. На це було направлене перше питання нашої анкети (рис.2.1)

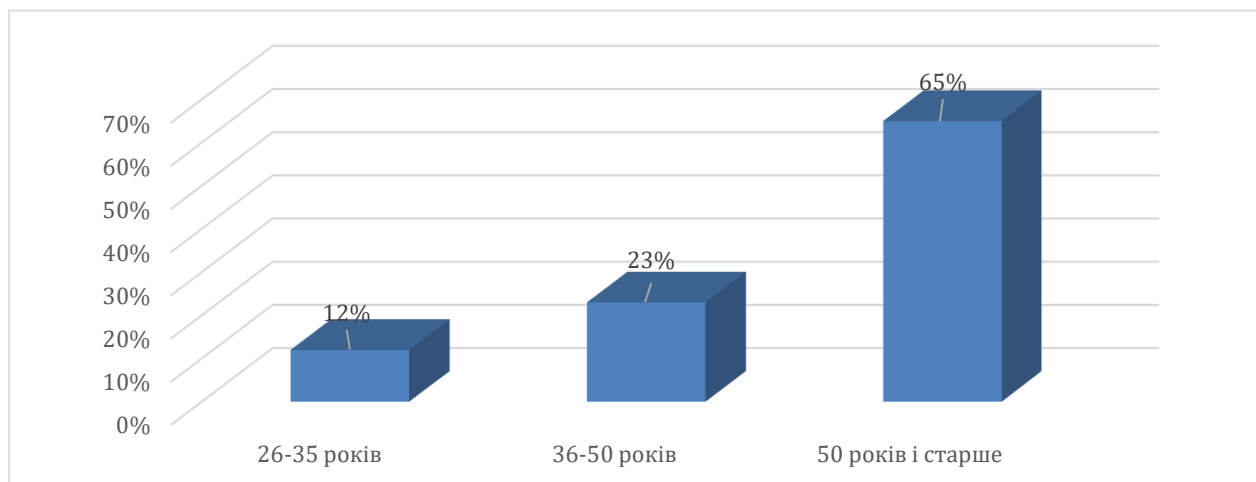


Рис. 2.1 Відповіді респондентів на питання «Вік респондентів»

Аналіз відповідей респондентів на перше питання показав, що вік респондентів становив у 3 (12%) – 26-35 років, у 6 (23%) – 36-50 років, у 17 (65%) – 50 років і старше.

Далі ми дізнавалися стать респондентів (рис.2.2)

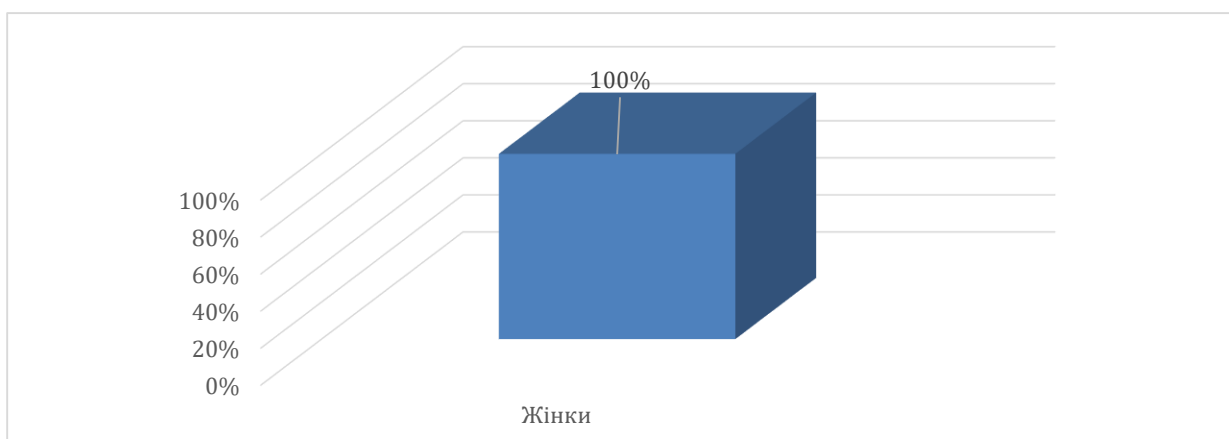


Рис. 2.2 Відповіді респондентів на питання «Стать респондентів»

Як показало опитування, всі наші респонденти 26 (100%) – це жінки.

Далі нас цікавило досвід роботи респондентів у даній організації (рис.2.3).

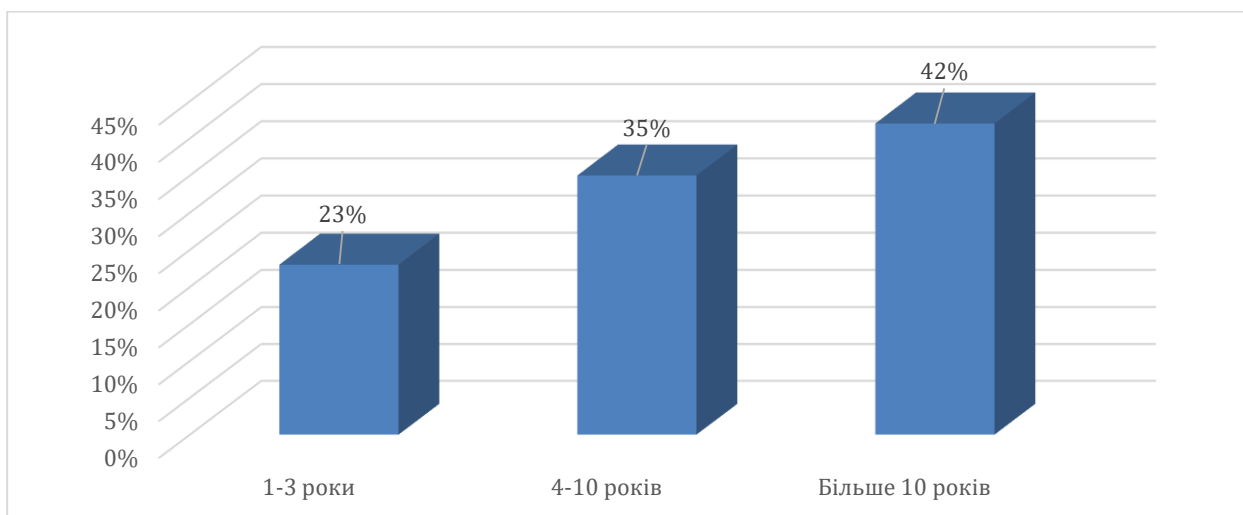


Рис. 2.3 Відповіді респондентів на питання «Досвід роботи в організації МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»»

З даного питання свідчить, що досвід роботи саме в організації МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» у респондентів становить: у 6 опитаних респондентів (23%) – 1-3 роки, у 9 (35%) – 4-10 років, у 11 (42%) – більше 10 років.

Наступне питання було спрямоване на з'ясування досвіду роботи опитаних респондентів у програмі «Збереження пам'яті», куди входять соціальні робітники, які безпосередньо працюють з людьми похилого віку, які живуть з деменцією (рис.2.4).

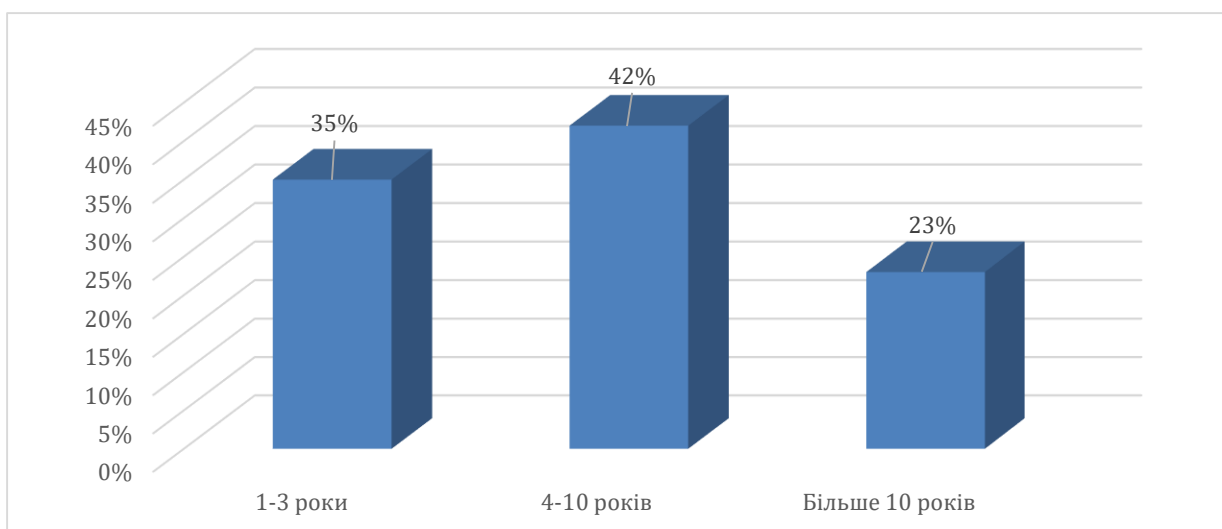


Рис. 2.4 Відповіді респондентів на питання «Досвід участі у програмі «Збереження пам'яті»»

Згідно відповідей на дане питання впливає, що досвід участі у програмі «Збереження пам'яті» у опитаних респондентів становить: у 9 (35%) – 1-3 роки, у 11 (42%) – 4-10 років, у 6 (23%) – більше 10 років.

Наступне питання було направлене на з'ясування, чи працюють соціальні робітники з клієнтами, які мають когнітивні порушення. На це питання відповідає рисунок 2.5

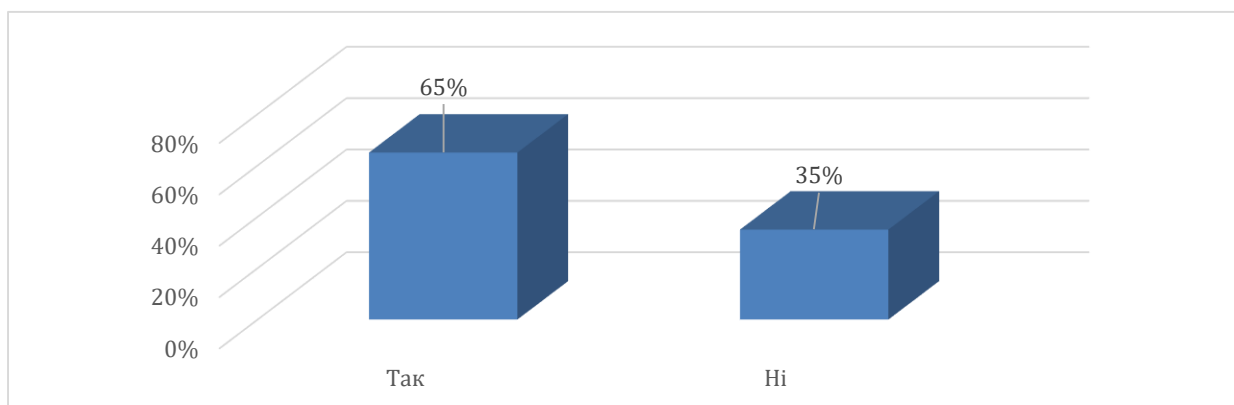


Рис. 2.5. Відповіді респондентів на питання «Робота з людьми, які мають когнітивні порушення»

Як показали відповіді опитаних респондентів на дане питання, 17 (65%) соціальних робітників працювали раніше з людьми, які мають когнітивні порушення (включно з деменцією), 9 респондентів (35%) – ще не мали такого досвіду роботи.

У контексті нашого дослідження нам потрібно було з'ясувати, чи проходили соціальні робітники спеціалізоване навчання щодо надання соціальних послуг людям похилого віку.

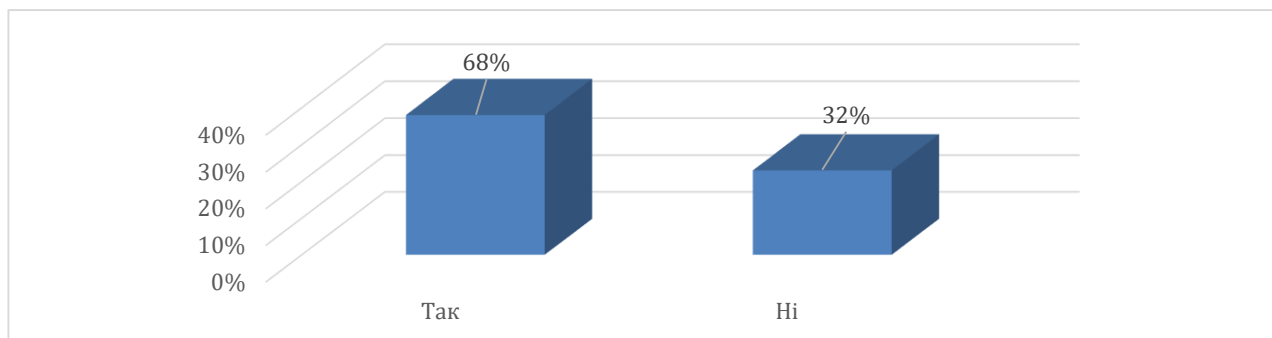


Рис. 2.6. Відповіді респондентів на питання «Проходження спеціалізованих тренінгів щодо роботи з людьми похилого віку»

На дане питання опитані респонденти дали наступні відповіді: 20 (68%) – респондентів проходили спеціалізовані тренінги щодо роботи з людьми похилого віку. Такий великий відсоток свідчить, що організація займається систематично підвищенням професійної компетентності соціальних робітників, які надають соціальні послуги людям похилого віку. А це означає, що організація дбає про підвищення якості життя своїх клієнтів. Тільки 6 опитаних респондентів (32%) – відповіли, що ще не проходили спеціалізоване навчання. Це може свідчити, що такі соціальні робітники тільки почали працювати у даній організації і ще не мали можливості підвищувати свій професійний рівень.

Наступне питання, у контексті нашого дослідження, було направлене на з'ясування навичок, які отримували соціальні робітники на тренінгах. Це показано на рисунку 2.7.

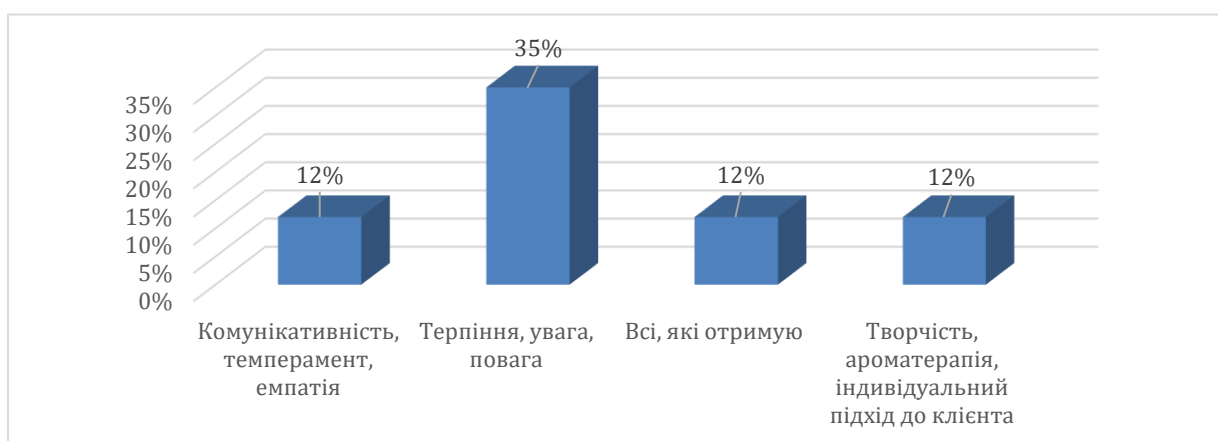


Рис. 2.7. Відповіді респондентів на питання «Навички, отримані на тренінгах»

Аналіз відповідей опитаних респондентів свідчить, що серед навичок, отриманих на тренінгах, у своїй роботі соціальні робітники використовують: 3 (12%) – комунікативність, темперамент, емпатію; 9 (35%) – терпіння, увагу, повагу; 3 (12%) – всі, які отримую; 3 (12%) – творчість, ароматерапію, індивідуальний підхід до клієнта.

Далі наше питання було направлене на дослідження рівня знань щодо синдрому деменції.

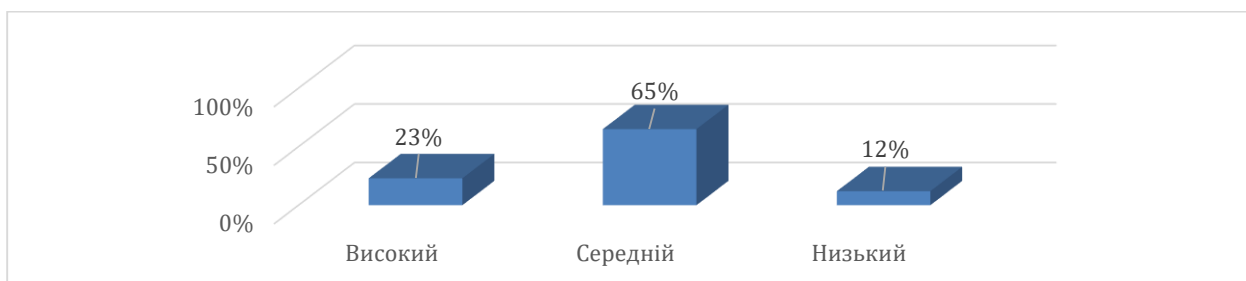


Рис. 2.8. Відповіді респондентів на питання «Рівень знань щодо синдрому деменції»

Відповіді опитаних респондентів розподілилися наступним чином: 6 (23%) респондентів оцінюють свій рівень знань про синдром деменції як високий, 17 (65%) респондентів – середній, 3 (12%) респондентів – низький. Наступне питання у нашому дослідження стосувалося які методи роботи з людьми похилого віку з деменцією частіше використовують соціальні робітники при наданні соціальних послуг даній категорії клієнтів. Відповіді респондентів показано на рисунку 2.9.

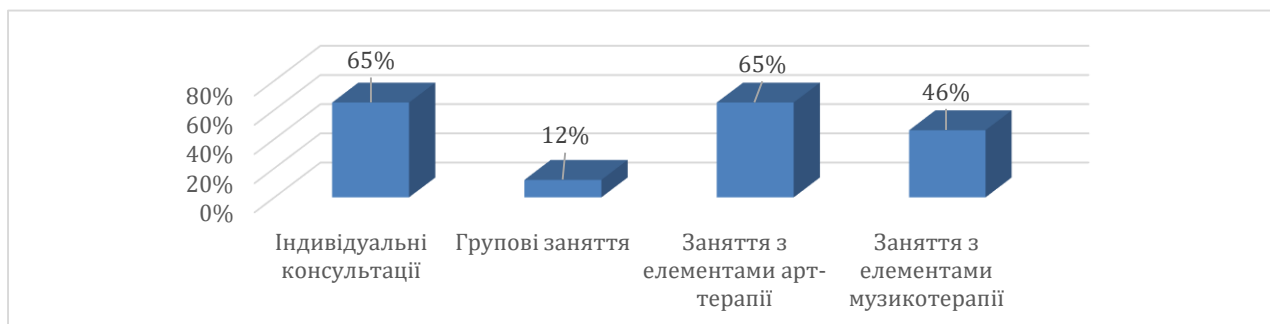


Рис. 2.9. Відповіді респондентів на питання «Методи роботи з людьми з деменцією»

Серед методів роботи з людьми похилого віку з деменцією соціальні робітники частіше використовують: 17 респондентів (65%) – індивідуальні консультації, 3 респонденти (12%) – групові заняття, 17 респондентів (65%) – заняття з елементами арт-терапії, 12 респондентів (46%) – заняття з елементами музикотерапії. Маленький відсоток на використання такого методу роботи як групові заняття свідчить про те, що у роботі з людьми похилого віку з деменцією застосовується індивідуальний підхід. І це ще залежить на якій стадії розвитку синдрому деменції знаходиться клієнт. Якщо це рання стадія, то групові заняття

використовуються. Але це невеликі за кількістю учасників групи. Це може бути до 5-7 учасників.

У контексті дослідження нам потрібно було оцінити рівень вистачання ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію. Відповіді на дане питання відображено на рисунку 2.10. Як показують відповіді опитаних респондентів: 14 (53%) респондентам цілком вистачає ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію, 9 (35%) – частково, 3 (12%) – ні. Дані відповіді свідчать про те, що організація дбає про інструменти роботи для своїх фахівців. Відповіді опитаних респондентів «частково», на нашу думку, свідчать про те, що все залежить, на якій стадії розвитку синдрому деменції знаходиться клієнт.

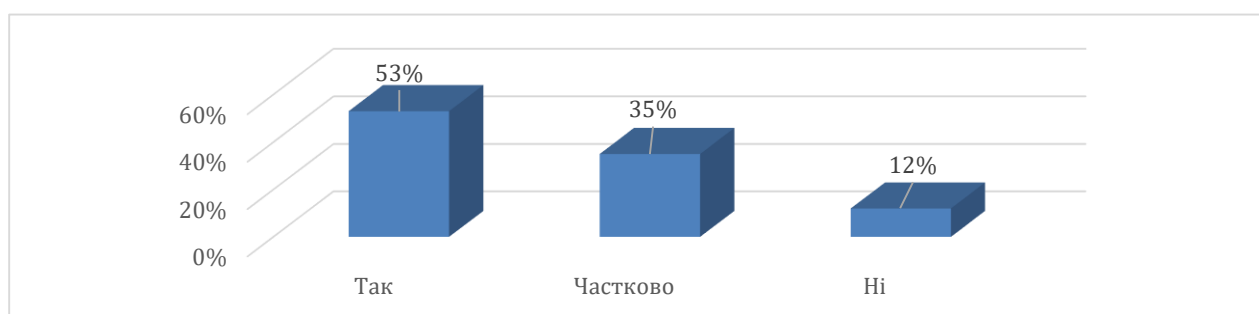


Рис. 2.10. Відповіді респондентів на питання «Вистачання ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію»

Наступне питання стосувалося з якими проблемами при роботі з цією категорією клієнтів стикаються соціальні робітники (рис.2.11).

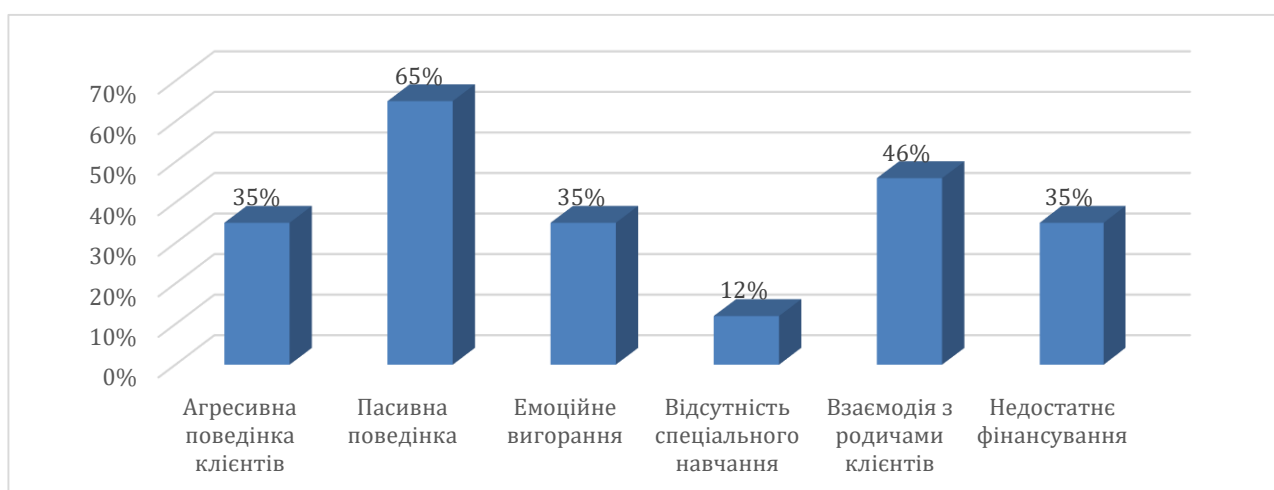


Рис. 2.11. Відповіді респондентів на питання «Проблеми в роботі з категорією клієнтів з деменцією»

Аналіз відповідей опитаних респондентів засвідчив, що 9 (35%) респондентів зустрічаються з такими проблемами в роботі з цією категорією клієнтів, як агресивна поведінка клієнтів, 17 (65%) респондентів – пасивна поведінка, 9 (35%) респондентів – емоційне вигорання, 3 (12%) респондентів – відсутність спеціального навчання, 12 (46%) респондентів – взаємодія з родичами клієнтів, 9 (35%) респондентів – недостатнє фінансування.

Також у контексті нашого дослідження було задано питання щодо участі родичів клієнтів з деменцією у заняттях з разом з соціальним робітником (рис.2.12).

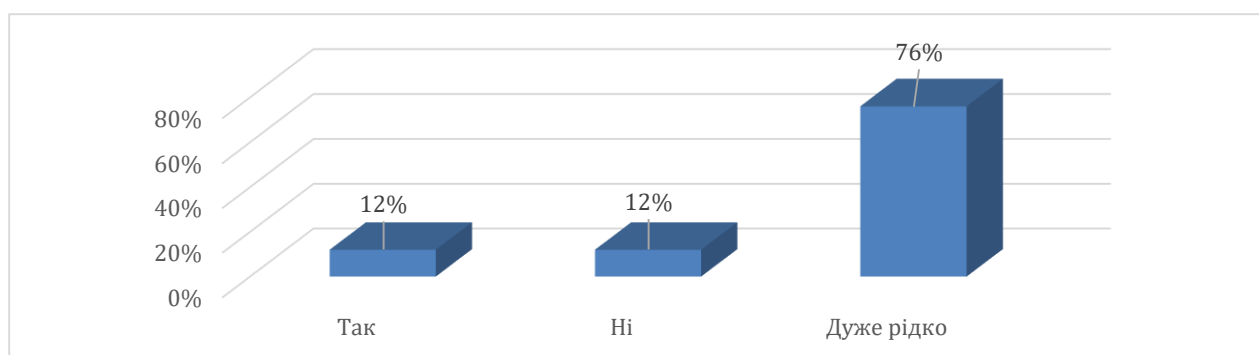


Рис. 2.12. Відповіді респондентів на питання «Участь родичів клієнтів з деменцією у заняттях з разом з соціальним робітником»

Відповіді опитаних соціальних робітників розподілилися наступним чином: 3 (12%) респондентів зазначають, що родичі клієнтів з деменцією беруть участь у заняттях з разом з соціальним робітником, 3 (12%) респонденти відповіли на дане питання негативно, більшість опитаних респондентів (а це 20 (76%) респондентів) зазначили, що родичів клієнтів з деменцією у заняттях з разом з соціальним робітником приймають участь дуже рідко. Ми вважаємо, що це є помилкою родичів. Адже підтримка рідних людей завжди впливає позитивно на життя хворих.

Наступне питання (рис.2.13) стосувалося вибору підходу соціального робітника у роботі з клієнтом.



Рис. 2.13. Відповіді респондентів на питання «Підхід до клієнта»

Аналіз відповідей засвідчив, що 9 (35%) респондентів описали би свій підхід до клієнта, як емпатія та співчуття, 12 (46%) респондентів – виконання професійних обов'язків без емоційного залучення, 3 (12%) респондента зазначили емпатію та професійний підхід, 6 (23%) респондентів – з кожним клієнтом по-різному.

Далі ми запитали соціальних робітників, чи приймали участь у спеціалізованому навчання саме для роботи з людьми похилого віку, які живуть з деменцією (рис.2.14).

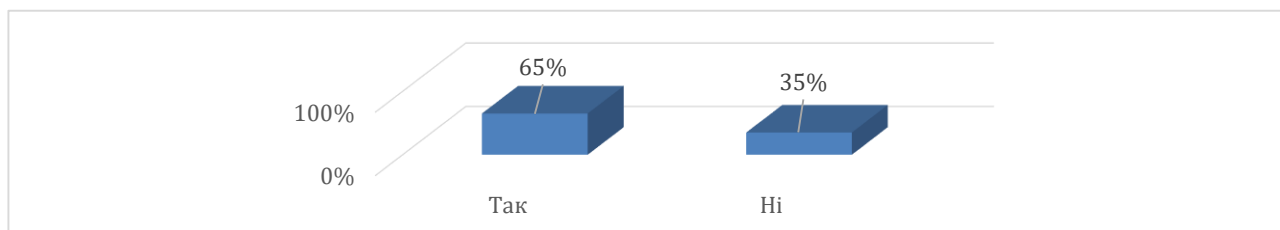


Рис. 2.14. Відповіді респондентів на питання «Спеціальне навчання для роботи з людьми з деменцією»

Більшість із опитаних респондентів схвально відповіли на дане запитання, це 17 (65%) респондентів проходили спеціальне навчання для роботи з людьми з деменцією, тільки 9 (35%) респондентів – не проходили такого навчання. На нашу думку, це може свідчити, що такі соціальні робітники нещодавно доєдналися до роботи у даній програмі.

Також нам було цікаво дізнатися про підтримку соціальних робітників організацією (рис.2.15)

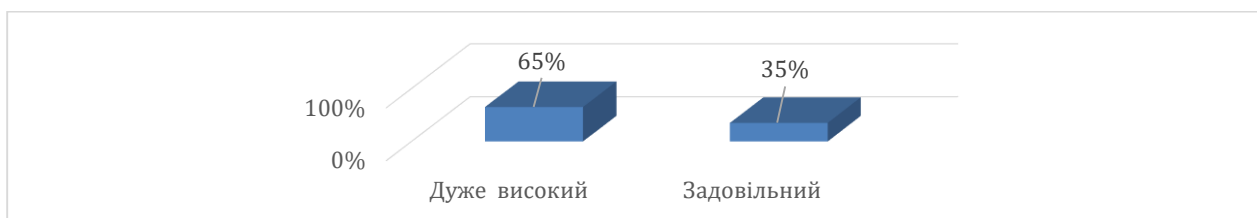


Рис. 2.15. Відповіді респондентів на питання «Рівень підтримки з боку організації»

Аналіз відповідей свідчить про високий рівень підтримки фахівців з боку організації: це 17 (65%) респондентів оцінюють рівень підтримки з боку організації як дуже високий, 9 (35%) – задовільний.

У контексті нашого дослідження ми запропонували соціальним робітникам виділити важливі теми для подальшого навчання (рис.2.16).

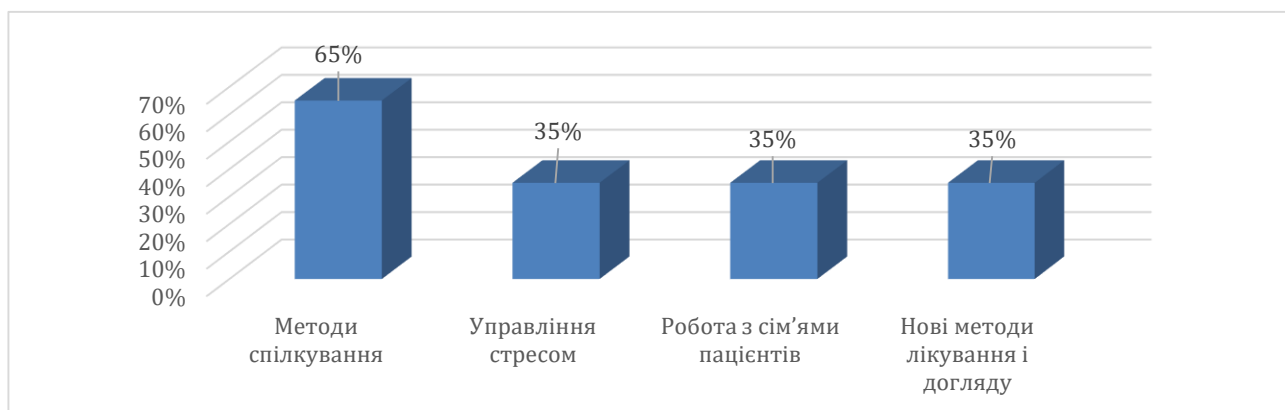


Рис. 2.16. Відповіді респондентів на питання «Важливі теми для додаткового навчання»

Аналіз відповідей опитаних респондентів засвідчив за зацікавленість у додаткову навчання щодо таких тем: 17 (65%) респондентів вважають важливими для додаткового навчання такі теми, як методи спілкування, 9 (35%) респондентів – управління стресом, 9 (35%) респондентів – роботу з сім'ями клієнтів, 9 (35%) респондентів – нові методи лікування і догляду за такими клієнтами.

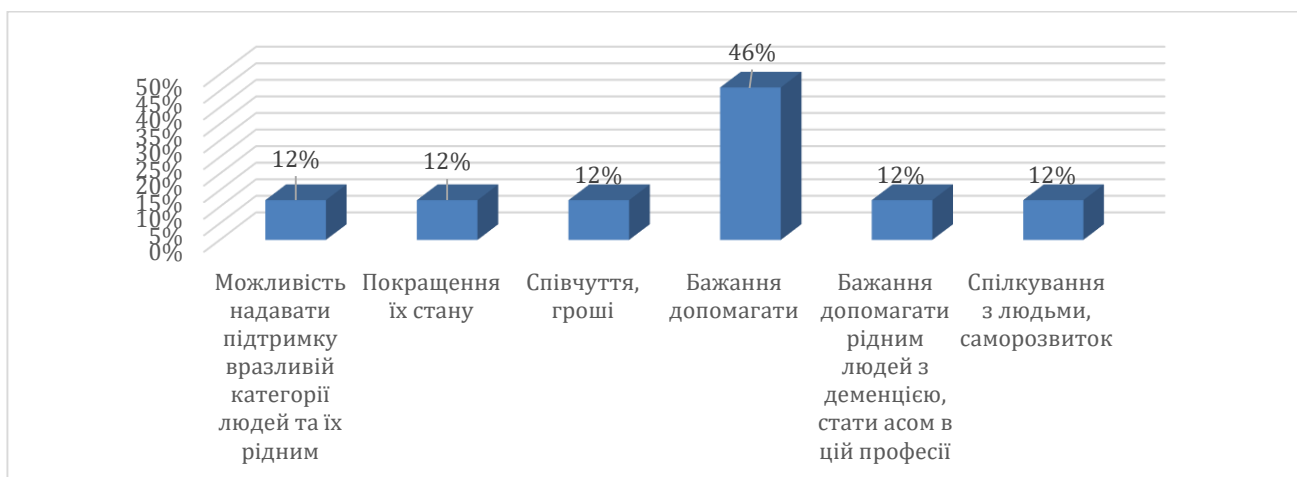


Рис. 2.17. Відповіді респондентів на питання «Мотивація працювати з людьми з деменцією»

Аналіз відповідей респондентів на питання «Мотивація працювати з людьми з деменцією» (рис.2.17) розподілився наступним чином: 3 (12%) респондентів мотивує працювати з людьми з деменцією можливість надавати підтримку вразливій категорії людей та їх рідним; 3 (12%) респондентів – мотивує покращення їх стану; 3 (12%) респондентів – співчуття, гроші; 12 (46%) респондентів – бажання допомагати; 3 (12%) респондентів – бажання допомагати рідним людей з деменцією, стати асом в цій професії; 3 (12%) респонденти – спілкування з людьми, саморозвиток.

Наступне питання було задане респондентам щодо мотивації продовжувати і надалі працювати у даній організації (рис.2.18).

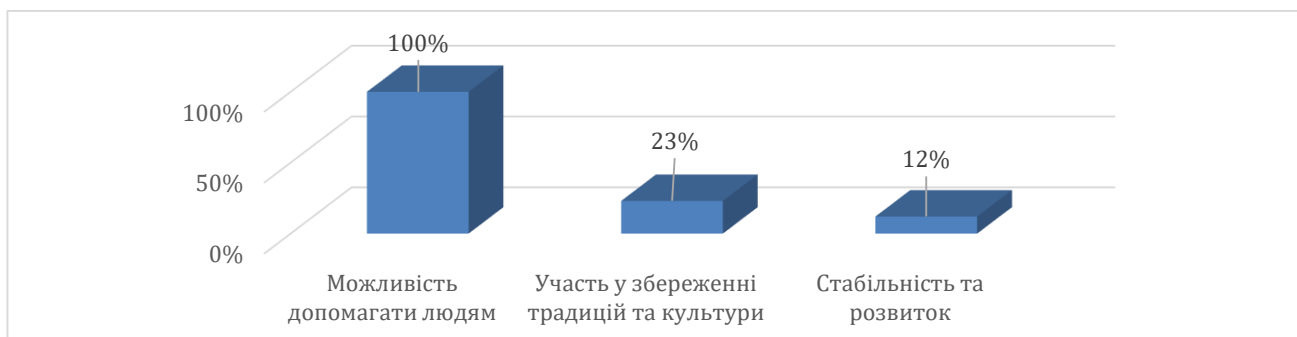


Рис. 2.18. Відповіді респондентів на питання «Мотивація працювати в МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»»

Всі респонденти (а це 26 (100%) респондентів) найбільше мотивує працювати в МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» як можливість

допомагати людям, також 6 (23%) респондентів зазначили щодо участь у збереженні традицій та культури, 3 (12%) респондентів – стабільність та розвиток.

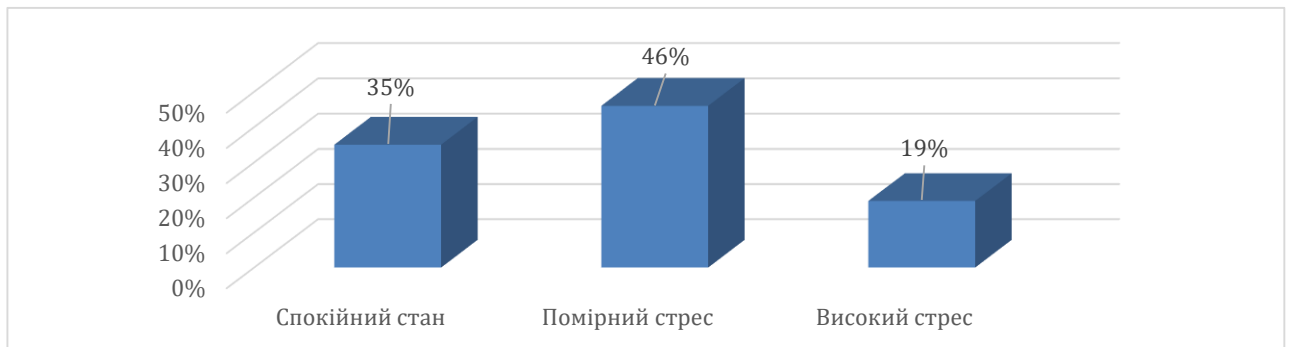


Рис. 2.19. Відповіді респондентів на питання «Емоційний стан під час роботи»

На питання «Емоційний стан під час роботи» (рис. 2.19) відповіді опитаних респондентів розподілилися наступним чином: 9 (35%) респондентів оцінюють свій емоційний стан під час роботи як спокійний, 12 (46%) респондентів – помірний стрес, 5 (19%) респондентів – високий стрес.

Відповідаючи на наступне питання (рис. 2.20) опитані респонденти зазначили, що 14 (54%) респондентам потрібна психологічна підтримка на роботі, 12 (46%) респондентів відповіли, що такої допомоги їм не потрібно.

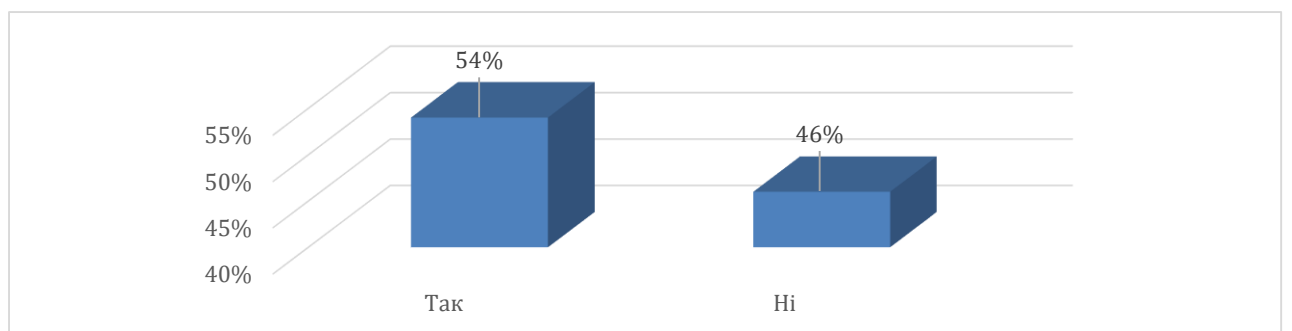


Рис. 2.20. Відповіді респондентів на питання «Потреба у психологічній підтримці на роботі»

У контексті нашого дослідження було задано соціальним робітникам питання щодо покращення роботи. На чому потрібно акцентувати увагу (рис.2.21).

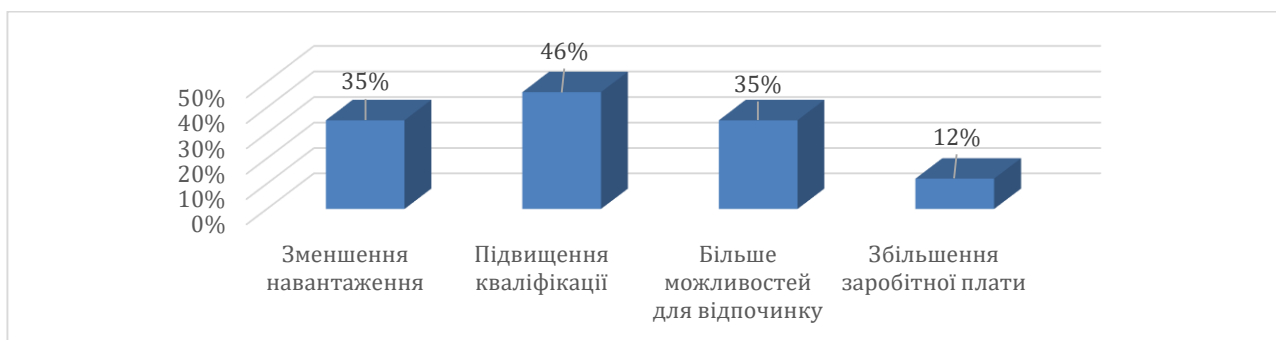


Рис. 2.21. Відповіді респондентів на питання «Потреби покращень у роботі»

Серед покращень у своїй роботі 9 (35%) респондентів хотіли би зменшення навантаження, 12 (46%) респондентів – підвищення кваліфікації, 9 (35%) респондентів – більше можливостей для відпочинку, 3 (12%) респондентів – збільшення заробітної плати.

У продовження попереднього питання було запропоновано соціальним робітникам написати побажання щодо покращення якості надання послуг у соціальній роботі»

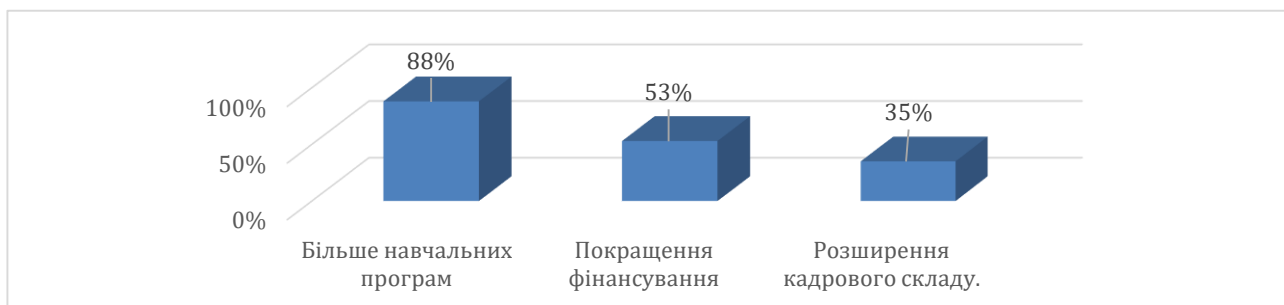


Рис. 2.22. Відповіді респондентів на питання «Побажання в покращенні якості соціальної роботи»

На думку 23 (88%) респондентів, покращити якість соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією могло би більше навчальних програм, 14 (54%) респондентів – відповіли за покращення фінансування, 9 (35%) респондентів – розширення кадрового складу.

На питання «Потреби в додаткових ресурсах або підтримці» (рис.2.23), серед додаткових ресурсів або підтримки 9 (35%) опитаним респондентам необхідно отримати для кращої роботи освітні матеріали, 12 (46%)

респондентам – психологічна підтримка, 9 (35%) респондентам – потрібен доступ до спеціалізованих послуг.

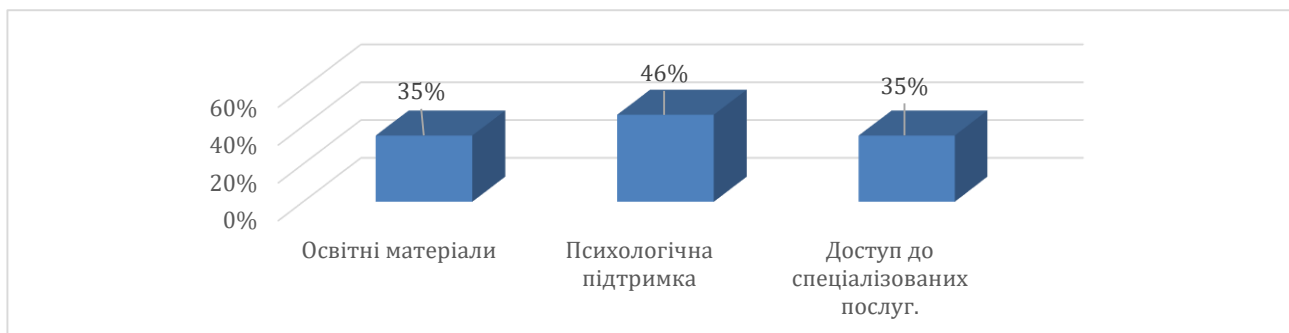


Рис. 2.23. Відповіді респондентів на питання «Потреби в додаткових ресурсах або підтримці»

Ми вважаємо, що у контексті дослідження та для розробки нашої програми, варто запитати соціальних робітників щодо тем для покращення свого професійного саморозвитку (рис.2.24)

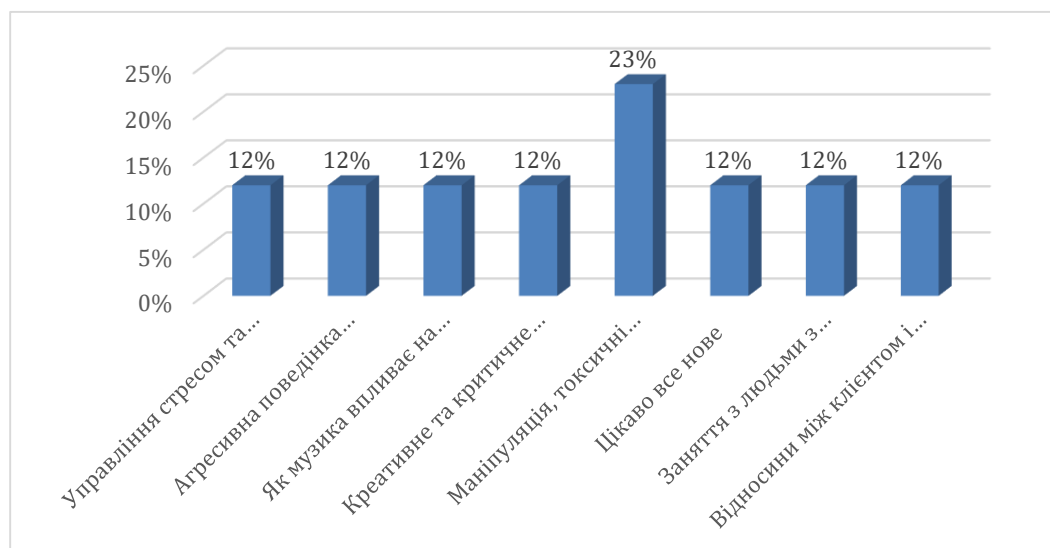


Рис. 2.24. Відповіді респондентів на питання «Теми для покращення свого професійного саморозвитку»

Аналіз відповідей респондентів показав, що: 3 (12%) респондентів хотіли би розглянути для покращення свого професійного саморозвитку такі теми, як управління стресом та профілактика емоційного вигорання в роботі з людьми з деменцією; 3 (12%) – агресивна поведінка людей з деменцією; 3 (12%) – як музика впливає на людей з деменцією; 3 (12%) – креативне та критичне мислення, попередження емоційного мислення, емоційний інтелект; 6 (23%) –

маніпуляція, токсичні люди, індивідуальні підходи до проблемних родичів наших клієнтів; 3 (12%) – цікаво все нове; 3 (12%) – заняття з людьми з тяжкою формою деменції; 3 (12%) – відносини між клієнтом і соціальним робітником. Запропоновані теми соціальними робітниками, на нашу думку, можуть бути у нашій програмі.

Також ми запропонувати відкрите питання соціальним робітникам щодо тем, з яких у респондентів не вистачає знань для роботи з людьми похилого віку, які живуть з деменцією (рис.2.25).



Рис. 2.25. Відповіді респондентів на питання «Теми, з яких не вистачає знань»

Аналіз відповідей показав: 3 (12%) респондентам не вистачає знань про спеціальні методи лікування та догляду за людьми похилого віку з деменцією; 3 (12%) – як з цим напрямом працюють провідні країни; 3 (12%) – креативне та критичне мислення, емоційний інтелект; 6 (23%) – в групових заняттях з клієнтами; 3 (12%) – знань багато не буде; 6 (23%) – медичних; 3 (12%) – знань вистачає. Для розробки нашої програми було направлено наступне питання (відповіді респондентів зазначено на рис.2.26).



Рис. 2.26. Відповіді респондентів на питання «Пропозиції щодо покращення соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією»

Серед пропозицій або коментарів щодо покращення соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією респонденти зазначили: 3 (12%) – тримати якість на тому ж високому рівні, 3 (12%) – більше залучення родичів до спільного навчання, 3 (12%) – індивідуальний підхід в роботі з клієнтами, 12 (46%) – більше часу для занять на тиждень, 3 (12%) – розвивати програму «Збереження пам'яті» і частіше проводити семінари для соціальних робітників.

За методикою Спілбергера-Ханіна «Визначення тривожності» нами були отримані такі результати:



Рис. 2.27. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення ситуативної тривожності»

Аналіз результатів, представлених рис. 2.27, показав, що серед соціальних робітників у 10 (38%) – високий рівень, у 12 (46%) – середній рівень, у 4 (16%)

– низький рівень ситуативної тривожності. Отже, виходячи з результатів дослідження можна дійти висновку, що у соціальних робітників переважає середній рівень ситуативної тривожності.

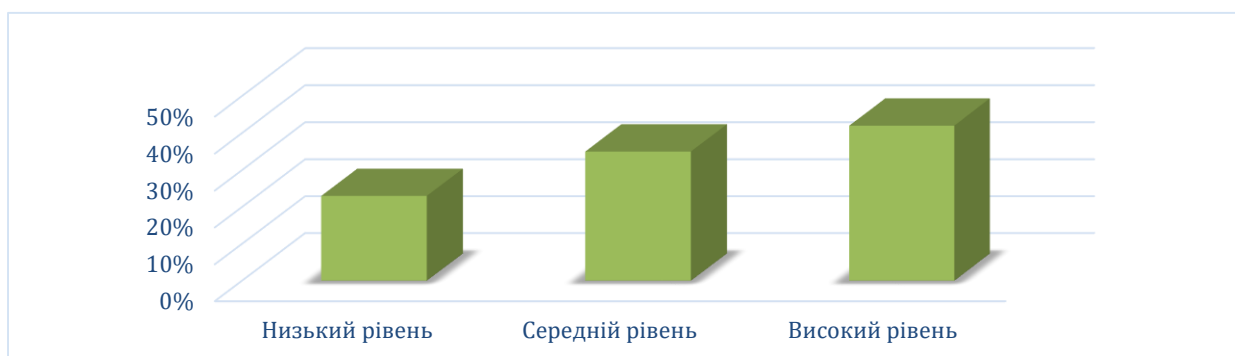


Рис. 2.28. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення особистісної тривожності»

Аналіз результатів, представлених рис. 2.28., показав, що серед соціальних робітників у 11 (42%) – високий рівень, у 9 (35%) – середній рівень, у 6 (23%) – низький рівень особистісної тривожності. Отже, виходячи з результатів дослідження можна дійти висновку, що у соціальних робітників переважає високий рівень особистісної тривожності.

Отже, за нашим дослідженням, у соціальних робітників виявлено особистісну та ситуативну тривожність. Соціальні робітники, що мають середній і високий рівень, найчастіше сприймають багато ситуацій як загрозливі, і відчувають стан сильної тривоги. Висока особистісна тривожність може бути причиною невротичного конфлікту, емоційного зриву та психосоматичного захворювання. Соціальні робітники, які мають низький і середній рівні ситуативної тривожності, відчувають стан, що характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю у часі.

2.3. Програма навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією та перевірити її ефективність

Метою програми є навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією.

Завдання програми включають:

1. Надання базової інформації про соціальні процеси у роботі з людьми з деменцією.
2. Адаптацію професійних навичок та/або практики соціально-психологічного консультування.
3. Адаптацію соціальних працівників до умов роботи з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією.

Матеріали тренінгу можна використати повністю або в будь-якому обраному тренером порядку.

Програма «Навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією» (10 год) (Додаток В) склалася з трьох тематичних блоків, а саме:

1. Створення комфортних умов для конструктивної роботи на тренінгу (1,5 год);
2. Аналіз запитів та потреб співробітників та клієнтів (2 год);
3. Очікувані складності та «важкі» клієнти (2 год);
4. Професійні межі та толерантність. Правила надання першої психологічної допомоги (ППП) (2 год);
5. Підбиття підсумків тренінгу, отримання зворотного зв'язку (2,5 год).

Перший блок програми включає представлення теми, мети і завдання програми. Учасниками пропонується розповісти про свою роль в організації. Обговорення правил базується на досвіді участі у тренінгах, а також на запитах та очікуваннях учасників. Аналіз професійного і особистого: пошук і досягнення балансу для покращення якості наданих сервісів. Діагностика емоційного фону групи, зниження напруження.

Другий блок програми має на меті надати учасникам базову інформацію про соціальні процеси та організацію соціально-психологічної допомоги в цих умовах. Робота включає обговорення роботи попереднього дня, аналіз емоційного стану групи. Визначення основних запитів та труднощів, з якими стикаються працівники організацій, які надають соціальні послуги. Прояснення запитів і труднощів, з якими стикаються клієнти організацій, що надають соціальні послуги.

Третій блок програми включає розгляд основних труднощів роботи з клієнтом та навчитися позначати сферу послуг, які організація не надає. Аналіз виникаючих складнощів, що робити з складними клієнтами. Виконання вправи «Мій складний клієнт». Підведення підсумків дня.

Четвертий блок програми передбачає визначення рівня стресу та підбір видів консультування відповідно до фази проходження стресу. Вивчення правил надання першої психологічної допомоги. Проведення інтерактивної лекції на тему стресу, виникаючого в умовах змушеного зміни місця проживання. Аналіз професійних кордонів та толерантності. Навчання роботі зі стресом у співробітників і клієнтів організації, роботі над собою. Вивчення правил надання першої психологічної допомоги.

П'ятий блок програми передбачає інтеграцію отриманих знань і навичок, підтримку колегіальності серед учасників. Надання плану занять з клієнтом з деменцією вдома та вивчення вправ для роботи з людьми з деменцією.

Після впровадження програма «Навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією» з соціальними робітниками програми «Збереження пам'яті» ми знову провели опитування даних соціальних робітників за методикою Спілбергера-Ханіна «Визначення тривожності». Нами були отримані наступні результати:



Рис. 2.29. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення ситуативної тривожності»

Аналіз результатів повторного опитування, представлених рис. 2.29, показав, що серед соціальних робітників у 3 (12%) – високий рівень, у 9 (35%) – середній рівень, у 14 (53%) – низький рівень ситуативної тривожності. Отже, виходячи з результатів дослідження можна дійти висновку, що у соціальних робітників переважає низький рівень ситуативної тривожності.

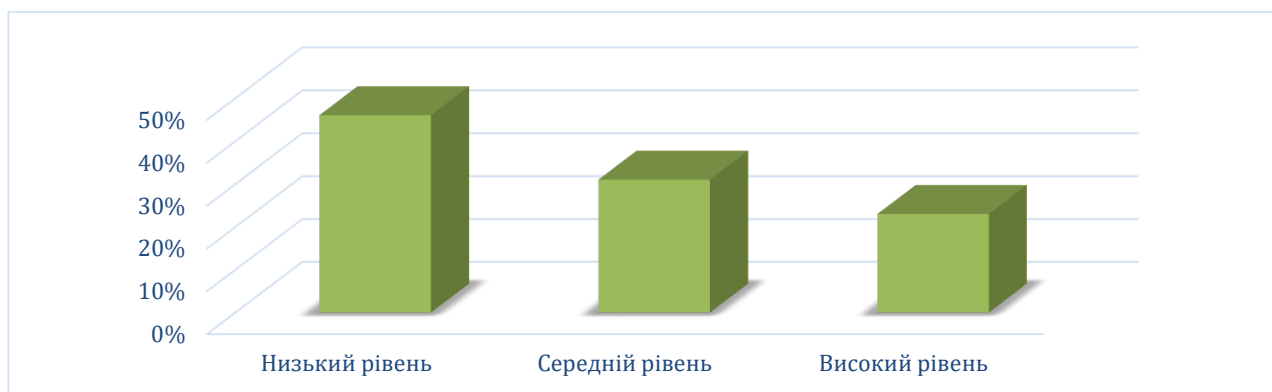


Рис. 2.30. Результати тесту Спілбергера-Ханіна «Визначення особистісної тривожності»

Аналіз результатів, представлених рис. 2.30., показав, що серед соціальних робітників у 6 (23%) – високий рівень, у 8 (31%) – середній рівень, у 12 (46%) – низький рівень особистісної тривожності. Отже, виходячи з результатів дослідження можна дійти висновку, що у соціальних робітників переважає низький рівень особистісної тривожності.

Після застосування програми навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією респонденти зазначили, що їхня мотивація до роботи підвищилася, покращилося спілкування з клієнтами, заняття стали цікавішими та продуктивнішими.

Соціальним робітникам слід прагнути до взаєморозуміння, не обманювати, викликати довіру, складати чіткий (зручний) для обслуговуваного графік відвідувань (і виконувати його), не підвищувати голос, бути охайними, не засмучуватися (по дрібницях), пояснювати щось доступною для літньої людини мовою.

Щоб прийти до взаєморозуміння з людиною похилого віку, необхідно дотримуватися нескладних правил:

1. Необхідно уникати конфліктів, суперечок, критикувати людей похилого віку.

2. Ставитися до людини похилого віку як до немовляти. Якщо вона чимось незадоволена і бунтує, значить на те є причини. Необхідно з'ясувати їх.

3. Потрібно серйозно поставитися до страхів і тривог людини, нехай вона озвучить те, що боїться. Це допоможе зняти напругу та стане поштовхом на шляху пошуку вирішення проблеми.

4. Часто тривожний стан може бути пов'язаний з погіршенням стану хворого. Якщо хворий боїться, що його можуть не почути, коли йому буде погано, встановіть поряд спеціальну кнопку, слід поставити на тумбочку дзвіночок або мобільний телефон.

5. Обов'язково розмовляти зі своїм клієнтом, вислуховувати його з усією увагою до кінця. Якщо з поважної причини немає можливості довести довгу розмову, слід м'яко зупинити розмову і обіцяти, що її обов'язково продовжите, як тільки ви звільнитесь.

6. Ніколи не варто нав'язувати своє суспільство людині похилого віку. Якщо вона не бажає цього, але ніколи не слід відмовляти, якщо вона, навпаки, потребує цього. Завжди слід ставитися до старшої людини з великою повагою.

7. Не варто починати розмову, коли клієнт роздратований або роздратований, слід зачекати. Ніколи не можна змушувати літню людину щонебудь робити насильно. Існує безліч інших способів її вмовити. Можна попросити когось, кому вона дуже довіряє, навести історичні чи літературні приклади.

8. Не варто забувати про прояви ніжності. Дивіться їй у вічі. Частіше обіймайте, цілуйте, тримайте його за руку, сідайте поруч. У дуже частих випадках старі, що погано чують і бачать, потребують тактильного контакту.

9. Якщо клієнт самотійно може сходити у своїх справах, прийняти душ, переодягнутися, не варто йому це забороняти, якщо немає жодних протипоказань. Рухова активність ніколи не буде зайвою, крім того, здатність виконувати самотійно багато функцій тільки підбадьорює їх і налаштовує на позитивний лад.

10. Якщо ж літня людина не може сама себе обслужити, а у вас немає часу, необхідно найняти професійну доглядальницю, яка доглядатиме за ним як слід.

11. Не можна забороняти літній людині мати свої затишні місця для зберігання грошей, солодощів тощо.

12. Спокійно реагуйте, якщо клієнт звинувачуватиме вас у зникненні грошей. Він, мабуть, забув, куди саме їх поклав. Необхідно допомогти якнайшвидше знайти їх.

Висновки до другого розділу

Діяльність соціальних робітників програми «Догляд вдома» спрямована на покращення соціально-побутових умов життя клієнта і може включати допомогу в побуті, інформаційні та соціально-економічні послуги, що корелює з допомогою у виконанні щоденних та інструментальних щоденних дій (ADL та IADL) у міжнародній практиці. Основними напрямками соціальної допомоги

вдома є: виявлення та облік пенсіонерів та інвалідів, які потребують обслуговування; надання соціально-побутової та іншої необхідної допомоги вдома; сприяння у наданні обслуговуваним особам пільг та переваг, встановлених чинним законодавством.

Для дослідження потреб соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією нами було проведено анкетування 26 соціальних робітників МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель». Встановлено, що у вік більшості респондентів (67%) становив 50 років і старше, всі респонденти (100%) – жінки. Досвід роботи в організації МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» у більшості респондентів (45%) становить більше 10 років. Досвід участі у програмі «Збереження пам'яті» у більшості респондентів (45%) становить 4-10 років. 67% респондентів працювали раніше з людьми, які мають когнітивні порушення (включно з деменцією). 78% – респондентів проходили спеціалізовані тренінги щодо роботи з людьми похилого віку. Серед навичок, отриманих на тренінгах, у своїй роботі респонденти переважно використовують терпіння, увагу, повагу (33%). 67% респондентів оцінюють свій рівень знань про синдром деменцію як середній. Серед методів роботи з людьми з деменцією переважно використовують індивідуальні консультації, заняття з елементами арт-терапії (67%). 56% респондентам цілком вистачає вам ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію. 67% респондентів зустрічаються з такими проблемами в роботі з цією категорією клієнтів, як пасивна поведінка. 78% респондентів зазначають, що родичі клієнтів з деменцією беруть участь у заняттях з разом з соціальним робітником дуже рідко. 45% респондентів описали би свій підхід до клієнта, як виконання професійних обов'язків без емоційного залучення. 67% респондентів проходили спеціальне навчання для роботи з людьми з деменцією. 67% респондентів оцінюють рівень підтримки з боку вашої організації як дуже високий. 67% респондентів вважають важливими для додаткового навчання такі теми, як методи спілкування. 45% респондентів мотивує працювати з людьми з деменцією бажання допомагати. 9 (100%)

респондентів найбільше мотивує працювати в МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» можливість допомагати людям. 45% респондентів оцінюють свій емоційний стан під час роботи як помірний стрес. 55% респондентам потрібна психологічна підтримка на роботі. Серед покращень у своїй роботі 45% хотіли би підвищення кваліфікації. На думку 55% респондентів, покращити якість соціальної роботи з людьми з деменцією могло би покращення фінансування. Серед додаткових ресурсів або підтримки 45% респондентам необхідно отримати для кращої роботи психологічну підтримку. 22% респондентів хотіли би розглянути для покращення свого професійного саморозвитку такі теми, як маніпуляція, токсичні люди, індивідуальні підходи до проблемних родичів наших клієнтів. 22% респондентам не вистачає знань про групові заняття з клієнтами та медичних знань. Серед пропозицій або коментарів щодо покращення соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією респонденти переважно (45%) зазначили більше часу для занять на тиждень.

Було розроблено програму навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією та перевірити її ефективність. Кожен клієнт потребує різного рівня підтримки під час виконання завдань з особистого догляду. Список завдань та обсяг підтримки, якої потребує клієнт, включені до його плану обслуговування. Для більш людей з деменції більш тяжкого ступеня виразності рекомендується проводити заняття з підтримки когнітивних функцій та соціалізації вдома. Також було розроблено зразковий план для занять вдома.

Після застосування програми навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією респонденти зазначили, що їхня мотивація до роботи підвищилася, покращилося спілкування з клієнтами, заняття стали цікавішими та продуктивнішими, що свідчить про ефективність розробленої програми.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано наукові підходи до визначення поняття «деменція», причини, прояви та особливості перебігу деменції у людей похилого віку. Соціальні проблеми людей похилого віку з деменцією є багатограними, а їхні потреби виходять за рамки стандартного підходу до лікування. Для ефективного вирішення цих викликів необхідно об'єднати зусилля медичних працівників, соціальних служб, благодійних організацій та держави. Забезпечення гідного життя людям із деменцією – це не лише прояв гуманності, а й важливий крок до створення інклюзивного суспільства, яке турбується про своїх найуразливіших членів.

2. Охарактеризовано соціальні проблеми та потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією. Люди з деменцією та їхні родичі повинні бути залучені до обговорення їхніх потреб та можливих шляхів вирішення проблем та планування послуг. У випадку соціальних закладів доцільно планувати дії щодо підвищення доступності фізичного середовища, а також покращення надання послуг людям з деменцією шляхом врахування потреб психічного здоров'я, підтримки здібностей людини, проведення діяльності із соціалізації, навчання персоналу комунікації з людьми з деменцією тощо.

3. Проаналізовано досвід догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією громадських організацій у зарубіжних країнах та в Україні. Загалом надання допомоги людям похилого віку з деменцією вимагає об'єднання різних груп зацікавлених сторін та організації міжсекторальної взаємодії з обов'язкове залучення осіб, які надають необхідний супровід, а також організація неперервної освіти в цій сфері.

4. Досліджено потреби соціальних робітників МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель» у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією. Діяльність соціальних робітників програми «Догляд вдома» спрямована на покращення соціально-побутових умов життя клієнта і може включати допомогу в побуті, інформаційні та соціально-економічні послуги, що

корелює з допомогою у виконанні щоденних та інструментальних щоденних дій (ADL та IADL) у міжнародній практиці. Основними напрямками соціальної допомоги вдома є: виявлення та облік пенсіонерів та інвалідів, які потребують обслуговування; надання соціально-побутової та іншої необхідної допомоги вдома; сприяння у наданні обслуговуванню особам пілг та переваг, встановлених чинним законодавством.

Для дослідження потреб соціальних робітників у навчанні для ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією нами було проведено анкетування 26 соціальних робітників МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель». Встановлено, що 78% – респондентів проходили спеціалізовані тренінги щодо роботи з людьми похилого віку. Серед навичок, отриманих на тренінгах, у своїй роботі респонденти переважно використовують терпіння, увагу, повагу (33%). 67% респондентів оцінюють свій рівень знань про синдром деменцію як середній. Серед методів роботи з людьми з деменцією переважно використовують індивідуальні консультації, заняття з елементами арт-терапії (67%). 56% респондентам цілком вистачає вам ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію. 67% респондентів зустрічаються з такими проблемами в роботі з цією категорією клієнтів, як пасивна поведінка. 78% респондентів зазначають, що родичі клієнтів з деменцією беруть участь у заняттях з разом з соціальним робітником дуже рідко. 45% респондентів описали би свій підхід до клієнта, як виконання професійних обов'язків без емоційного залучення. 67% респондентів проходили спеціальне навчання для роботи з людьми з деменцією. 67% респондентів оцінюють рівень підтримки з боку вашої організації як дуже високий. 67% респондентів вважають важливими для додаткового навчання такі теми, як методи спілкування. 45% респондентів мотивує працювати з людьми з деменцією бажання допомагати. 9 (100%) респондентів найбільше мотивує працювати в організації можливість допомагати людям. 45% респондентів оцінюють свій емоційний стан під час роботи як помірний стрес. 55% респондентам потрібна вам психологічна підтримка на роботі. Серед покращень

у своїй роботі 45% хотіли би підвищення кваліфікації. На думку 55% респондентів, покращити якість соціальної роботи з людьми з деменцією могло би покращення фінансування. Серед додаткових ресурсів або підтримки 45% респондентам необхідно отримати для кращої роботи психологічну підтримку. 22% респондентів хотіли би розглянути для покращення свого професійного саморозвитку такі теми, як маніпуляція, токсичні люди, індивідуальні підходи до проблемних родичів наших клієнтів. 22% респондентам не вистачає знань про групові заняття з клієнтами та медичних знань. Серед пропозицій щодо покращення соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією респонденти зазначили більше часу для занять на тиждень.

5. Розроблено та впроваджено програму навчання для соціальних робітників, спрямовану на підвищення їхньої компетентності у догляді вдома за людьми похилого віку з деменцією та перевірено її ефективність. Кожен клієнт потребує різного рівня підтримки під час виконання завдань з особистого догляду. Список завдань та обсяг підтримки, якої потребує клієнт, включені до його плану обслуговування. Для більш людей з деменції більш тяжкого ступеня виразності рекомендується проводити заняття з підтримки когнітивних функцій та соціалізації вдома. Після застосування програми навчання соціальних робітників з догляду вдома за людьми похилого віку з деменцією респонденти зазначили, що їхня мотивація до роботи підвищилася, покращилося спілкування з клієнтами, заняття стали цікавішими та продуктивнішими, що свідчить про ефективність розробленої програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Лабораторія успіху» в роботі з людьми похилого віку: практичні рекомендації / уклад.: Н. Є. Тимошенко, Н. Ф. Романова. Київ: Вид-во ТОВ РПА «51 Паралель», 2023. 114 с.
2. Актуальні питання деменції у XXI столітті: зарубіжний та вітчизняний досвід: матеріали міжнародної практичної конференції. 19-20 квітня 2018 року. К.: Вид-во РПА «51 Паралель», 2018. 32 с.
3. Благодійний фонд «Незабутні». URL: <https://nezabutni.org/>
4. Бородін С. Вправи для розвитку мозку та поліпшення пам'яті. URL: <https://econet.ru>
5. Вплив війни в Україні на життя людей з деменцією та їхніх родин: дослідження БФ «БО «Незабутні»».
6. Деменція / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина и др. –М.: Медпресс-информ, 2010. 272 с.
7. Деменція – пріоритетний напрям галузі охорони здоров'я. Здоров'я України / ІНФОМЕДІА. URL: <https://health-ua.com/article/36741-dementcya--proritetnij-napryam-galuzohoroni-zdorovya>
8. Деменція адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. К., 2016. 112 с.
9. Деменція: як вона проявляється, чому розвивається і чи можна її зупинити / уклад. Я.В. Кудренко. URL: <https://vopnl.vn.ua>
10. Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією: навчально-методичний посібник / Тимошенко Н. Є., Романова Н. Ф., Орпер М. Ю., Патинок О.П.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. К.: Вид-во РПА «51 Паралель», 2020. 350 с.
11. Догляд за людьми похилого віку, які живуть з деменцією: навчально-методичний посібник / Тимошенко Н. Є., Романова Н. Ф., Орпер М.

Й., Патинок О. П.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. К.: Вид-во «Так просто», 2020. 365 с.

12. МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель». URL: <https://www.kievhesed.org.ua/>

13. Мишаківська О. М. Приклади надання допомоги у розвинутих країнах для організації позалікарняної допомоги хворим на деменції в Україні. *Архів психіатрії*. 2015. № 1. С. 31–35.

14. Мишаківська О. М. Світова практика надання допомоги хворим на деменцію, паліативна допомога (огляд літератури). *Архів психіатрії*. 2013. № 4. С. 42–46.

15. Наказ Міністерства соціальної політики від 13.11.2013 р. № 760 «Про затвердження державного стандарту догляду вдома». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1990-13#Text>

16. Наказ Міністерства соціальної політики від 15.03.2021 р. № 131 «Про затвердження Типової програми навчання фізичних осіб, які надають соціальні послуги з догляду без здійснення підприємницької діяльності». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0550-21#Text>

17. Наказ Міністерства соціальної політики від 23.06.2020 № 429 «Про затвердження Класифікаторі соціальних послуг». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0643-20#Text>

18. Наказ МОЗ України від 19.07.2016 р. № 736 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при деменції». URL: <https://www.zakon.rada.gov.ua>

19. Новічка А. Особливості надання немедичної допомоги особам з деменцією. 2018.

20. Романова Н. Ф. Старіння населення та сучасні тенденції щодо поширення деменції. Перші наукові читання імені професора Володимира Івановича Полтавця, м. Київ, 5 лют. 2020 р. 2020.

21. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Особливості соціальної роботи у сфері паліативної допомоги для людей з деменцією. 2022. URL: <http://www.spilnota.net.ua/ua/article/id-4146/>
22. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Соціальна робота з людьми похилого віку, які живуть з деменцією: незвична поведінка та причини походження. Соціальна робота та розвиток мереж соціальної підтримки: конф. молодих науковців, 6 лют. 2019 р. 2019.
23. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Спілкування з людьми похилого віку: метод. матеріали до тренінгу. Київ, 2018. 152 с.
24. Тест Спібергера-Ханіна. URL: https://sgi.in.ua/data/documents/aspirantura/psihologichna-sljba-institutu/test_Spilberga_Hanina.pdf
25. Типове Положення про територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг). Постанова Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2009 р. № 1417. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/243237372>
26. Як впливає соціальна ізоляція на ризик розвитку деменції в осіб похилого віку? URL: <https://compendium.com.ua/uk/news/yak-vplivaye-sotsialna-izolyatsiya-na-rizik-rozvitku-dementsiyi-v-osib-pohilogo-viku>
27. Як працювати з людьми похилого віку, які перенесли інсульт: практичні поради соціальним робітникам / уклад.: Є. К. Горбунов, М. Й. Орпер, Н. Є. Тимошенко ; за ред. Н. Є. Тимошенко. К.: Так просто, 2020. 50 с.
28. Abdin E., Vaingankar J. A., Picco L., et al. Validation of the short version of the 10/66 dementia diagnosis in multiethnic Asian older adults in Singapore. *BMC Geriatr.* 2017. № 17(1):94.
29. Arvanitakis Z., Shah R. C., Bennett D. A. Diagnosis and Management of Dementia: A Review. *JAMA.* 2019. № 322(16). P. 1589–1599.

30. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Dementia in Australia. AIHW. 2022. URL: www.aihw.gov.au/reports/dementia/dementia-in-aus/contents/summary
31. Bang J., Spina S., Miller B. L. Frontotemporal dementia. *Lancet*. 2015. № 386(10004). P. 1672–1682.
32. Bennett D. A., Wilson R. S., Arvanitakis Z., Boyle P. A., de Toledo-Morrell L., Schneider J. A. Selected findings from the Religious Orders Study and Rush Memory and Aging Project. *J Alzheimers Dis*. 2013. Suppl 1. P. 397–403.
33. Boyle P. A., Yu L., Leurgans S. E., et al. Attributable risk of Alzheimer's dementia attributed to age-related neuropathologies. *Ann Neurol*. 2018. November 12.
34. Cornelis E., Gorus E., Beyer I., Bautmans I., De Vriendt P. Early diagnosis of mild cognitive impairment and mild dementia through basic and instrumental activities of daily living: Development of a new evaluation tool. *PLoS Med*. 2017. № 14(3):e1002250.
35. Filippi M., Agosta F., Barkhof F., et al. European Federation of the Neurologic Societies. EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Eur J Neurol*. 2012. № 19(12). P. 131–40, 1487–1501.
36. Geschwind M. D. Rapidly Progressive Dementia. *Continuum (Minneapolis)*. 2016. № 22(2 Dementia). P. 510–537.
37. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>
38. Goodman R. A., Lochner K. A., Thambisetty M., Wingo T. S., Posner S. F., Ling S. M. Prevalence of dementia subtypes in United States Medicare fee-for-service beneficiaries, 2011–2013. *Alzheimers Dement*. 2017. № 13(1). P. 28–37.
39. Jones D. Conversational assessment in memory clinic encounters: interactional profiling for differentiating dementia from functional memory disorders. *Aging & Mental Health*. 2015. № 7863. P. 1–10.

40. Knopman D. S., DeKosky S. T., Cummings J. L., et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001. № 56(9). P. 1143–1153.
41. Kozyolkin O. A., Sikorska M. V., Vizir I. V., Neryanova Yu. M. Dementia. *Educational and methodological guide*. 2015.
42. Li G., Larson E. B., Shofer J. B., et al. Cognitive Trajectory Changes Over 20 Years Before Dementia Diagnosis: A Large Cohort Study. *J Am Geriatr Soc*. 2017. № 65(12). P. 2627–2633.
43. Lopez-Otero L. Depression detection using automatic transcriptions of de-identified speech. *Proc. Interspeech*. 2017. P. 3157–3161.
44. McKeith I. G., Boeve B. F., Dickson D. W., et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2017. № 89(1). P. 88–100.
45. McKhann G. M., Knopman D. S., Chertkow H., et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011. № 7(3). P. 263–269.
46. Mirheidari B. Diagnosing people with dementia using automatic conversation analysis. *Proc. Interspeech*. 2016. P. 1220–1224.
47. Moyer V. A., LeFevre M. L., Siu A. L., et al. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2014. № 160(11). P. 791–797.
48. Pal K., Mukadam N., Petersen I., Cooper C. Mild cognitive impairment and progression to dementia in people with diabetes, prediabetes and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018. № 53(11). P. 1149–1160.

49. Perry D. C., Brown J. A., Possin K. L., et al. Clinicopathological correlations in behavioural variant frontotemporal dementia. *Brain*. 2017. № 140(12). P. 3329–3345.
50. Prince M., Bryce R., Albanese E., Wimo A., Ribeiro W., Ferri C. P. The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimers Dement* 2013. № 9(1). P. 63–75.
51. Rajan K. B., Wilson R. S., Weuve J., Barnes L. L., Evans D. A. Cognitive impairment 18 years before clinical diagnosis of Alzheimer disease dementia. *Neurology*. 2015. № 85(10). P. 898–904.
52. Risk Factors. Stanford Health Care (SHC) - Stanford Medical Center | Stanford Health Care. URL: <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/brain-andnerves/dementia/risk-factors.html>
53. Salem L. C., Vogel A., Ebstrup J., Linneberg A., Waldemar G. Subjective cognitive complaints included in diagnostic evaluation of dementia helps accurate diagnosis in a mixed memory clinic cohort. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015. № 30(12). P. 1177–1185.
54. Slobodina T. M. Dementia: Are we ready for a new pandemic? 2021. URL: <http://health-ua.com/article/66319-dementcy-a-chi-gotov-mi-donovo-pandem>
55. Supporting a Person Living with Dementia - Alzheimer's WA. Alzheimer's WA. URL: <https://www.alzheimerswa.org.au/about-dementia/supporting-personliving-dementia/>
56. Terracciano A., Stephan Y., Luchetti M., Albanese E., Sutin A. R. Personality traits and risk of cognitive impairment and dementia. *J Psychiatr Res*. 2017. № 89. P. 22–27.
57. Tips for Caregivers and Families of People With Dementia. Alzheimers.gov. URL: <https://www.alzheimers.gov/life-with-dementia/tips-caregivers>
58. Tymoshenko N., Romanova N., Oreper M., Patynok O. Caring for Elderly People Living with Dementia. A Study Guide. 2020.

59. Unified clinical protocol of primary, secondary, tertiary (highly specialized) and palliative medical care. Order of the Ministry of Health of Ukraine dated July 19, 2016 № 736. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_736_ykpm_dem.pdf

60. Van Dyk K., Towns S., Tatarina O., et al. Assessing Fluctuating Cognition in Dementia Diagnosis: Interrater Reliability of the Clinician Assessment of Fluctuation. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2016. № 31(2). P. 137–143.

61. Virtual Dementia Tour® Family Edition. Second Wind Dreams. URL: https://www.secondwind.org/vdtreg-familyedition.html?gclid=Cj0KCQjw2MWVBhCQARIsAIjbwoOpTUTMB_WPLMZJTeFBg23_ph_eo3_xo74kUvfeB_W0CFqZ7lMbrXYaAta0EALw_wcB

62. What Is Dementia? Symptoms, Types, and Diagnosis. National Institute on Aging. URL: <https://www.nia.nih.gov>

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Шановний респонденте! Пропонуємо вам взяти участь у дослідженні щодо потреб соціальних робітників у навчанні задля ефективної роботи з людьми похилого віку з деменцією.

Ваші відповіді сприятимуть визначенню ролі професійного іміджу в процесі становлення майбутнього фахівця як особистості і суб'єкта професійної діяльності.

Завчасно дякуємо за участь!

1. Загальна інформація

1. Вкажіть Ваш вік:

- 18-25
- 26-35
- 36-50
- 50 і старше

2. Вкажіть Вашу стать:

- чоловік
- жінка
- не хочу вказувати

3. Вкажіть, будь ласка, досвід роботи в організації МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»:

- Менше 1 року
- 1-3 роки
- 4-10 роки
- Більше 10 років

4. Вкажіть, будь ласка, досвід участі у програмі «Збереження пам'яті»:

- Менше і року

- 1-3 роки
- 4-10 років
- Більше 10 років

5. Чи працювали ви раніше з людьми, які мають когнітивні порушення (включно з деменцією)?

- Так
- Ні

6. Чи проходили ви спеціалізовані тренінги щодо роботи з людьми похилого віку?

- Так
- Ні

7. Які навички, отримані на тренінгах, ви використовуєте у своїй роботі? (коротка відповідь) _____

8. Як би ви оцінили свій рівень знань про синдром деменцію:

- Високий
- Середній
- Низький

II. *Особливості роботи з людьми з деменцією:*

1. Які методи роботи з людьми з деменцією ви використовуєте? (оберіть один або декілька варіантів відповідей):

- Індивідуальні консультації
- Групові заняття
- Заняття з елементами арт-терапії
- Заняття з елементами музикотерапії
- Інше (вказіть)

2. Чи вистачає вам ресурсів для роботи з клієнтами, які мають деменцію?

- Так, цілком

- Частково
- Ні

3. З якими проблемами ви зустрічаєтесь в роботі з цією категорією клієнтів? (оберіть один або декілька варіантів відповідей):

- Агресивна поведінка клієнтів
- Пасивна поведінка
- Емоційне вигорання
- Відсутність спеціального навчання
- Взаємодія з родичами клієнтів
- Недостатнє фінансування
- Інше (вказіть)

4. Чи приймають участь родичі клієнтів з деменцією у заняттях з разом з соціальним робітником?

- Так
- Ні
- Дуже рідко

5. Як би ви описали свій підхід до клієнта?

- Емпатія та співчуття
- Виконання професійних обов'язків без емоційного залучення
- Інший (вказіть)

6. Чи проходили ви спеціальне навчання для роботи з людьми з деменцією?

- Так
- Ні

7. Як ви оцінюєте рівень підтримки з боку вашої організації?

- Дуже високий
- Задовільний
- Низький

8. Які теми вважаєте важливими для додаткового навчання?

- Методи спілкування
- Управління стресом
- Робота з сім'ями пацієнтів
- Нові методи лікування і догляду
- Інше (вказіть):

9. Що мотивує вас працювати з людьми з деменцією? (Вільне поле для відповіді)

10. Що вас найбільше мотивує працювати в МБФ «Єврейський Хесед «Бней Азріель»?

- Можливість допомагати людям
- Висока оцінка вашої роботи керівництвом
- Участь у збереженні традицій та культури
- Інше (уточніть)

III. Потреби та рекомендації

1. Як ви оцінюєте свій емоційний стан під час роботи?

- Спокійний
- Помірний стрес
- Високий стрес

2. Чи потрібна вам психологічна підтримка на роботі?

- Так
- Ні

3. Щоб ви хотіли покращити у своїй роботі?

- Зменшення навантаження
- Підвищення кваліфікації
- Більше можливостей для відпочинку
- Інше (уточніть)

4. Що, на вашу думку, могло б покращити якість соціальної роботи з людьми з деменцією?

- Більше навчальних програм
- Покращення фінансування
- Розширення кадрового складу
- Інше (вказіть)

5. Які додаткові ресурси або підтримку вам необхідно отримати для кращої роботи?

- Освітні матеріали
- Психологічна підтримка
- Доступ до спеціалізованих послуг
- Інше (вказіть)

6. Які теми ви б хотіли розглянути для покращення свого професійного саморозвитку ? (Вільне поле для відповіді)

7. Яких знань Вам не вистачає ? (Вільне поле для відповіді)

8. Ваші пропозиції або коментарі щодо покращення соціальної роботи з людьми похилого віку з деменцією ? (Вільне поле для відповіді)

*Дякуємо за вашу співпрацю
та внесок у розвиток нашої спільної роботи!*

Шкала оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності

Інструкція: Уважно прочитайте кожне з наведених нижче речень і закресліть цифру у відповідній графі праворуч залежно від того, як ви почуваетесь в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних та неправильних відповідей немає (1) Ні, це не так; 2) Мабуть, так; 3) Так; 4) Абсолютно точно).

Шкала реактивної тривожності (РТ)

1. Я спокійний
2. Мені ніщо не загрожує
3. Я перебуваю в напрузі
4. Я відчуваю жаль
5. Я відчуваю себе вільно
6. Я засмучений
7. Мене хвилюють можливі невдачі
8. Я відчуваю себе відпочившим
9. Я не задоволений собою
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення
11. Я впевнений в собі
12. Я нервуюсь
13. Я не знаходжу собі місця
14. Я піднесений
15. Я не відчуваю напруженості
16. Я задоволений
17. Я стурбований
18. Я надто збуджений, і мені не по собі
19. Мені радісно
20. Мені приємно

Шкала особистісної тривожності (ОТ)

21. Я відчуваю задоволення
22. Я дуже швидко втомлююся
23. Я легко можу заплакати
24. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші
25. Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення
26. Зазвичай я відчуваю себе бадьорим
27. Я спокійний, холонокровний і зібраний
28. Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують
29. Я дуже переживаю через дрібниці
30. Я цілком щасливий
31. Я приймаю все надто близько до серця
32. Мені не вистачає впевненості в собі
33. Зазвичай я почуваюся в безпеці
34. Я намагаюся уникати критичних ситуацій
35. У мене буває нудьга
36. Я задоволений
37. Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене
38. Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути
39. Я врівноважена людина
40. Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи та турботи

Обробка та інтерпретація результатів:

Показники РТ та ОТ підраховуються за формулами:

$$PT = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сума інших закреслених цифр за пунктами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

$$OT = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сума інших закреслених цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

При інтерпретації результат можна оцінювати так:

До 30 – низька тривожність;

31-45 – помірна тривожність;

46 і більше – висока тривожність.

Значні відхилення рівня помірної тривожності вимагають особливої уваги, висока тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги в людини у ситуаціях оцінки його компетентності. У цьому випадку слід знизити суб'єктивність значущість ситуації та завдань та перенести акцент на осмислення діяльності та формування почуття впевненості в успіху. Низька тривожність, навпаки, потребує підвищення почуття відповідальності та уваги до мотивів діяльності. Але іноді дуже низька тривожність активного витіснення особистістю високої тривоги має на меті показати себе в «найкращому світлі». Шкалу можна успішно використовувати з метою саморегуляції, з метою психокорекційної діяльності.

Додаток В

**Програма «Навчання соціальних робітників з догляду вдома
за людьми похилого віку з деменцією»**

Заняття № 1

Вступна частина.

Час: 90 хв.

Мета: створення комфортних умов для конструктивної роботи на тренінгу.

1. Представлення теми, мета і завдання тренінгу. Учасникам представляється тема, цілі та завдання тренінгу, написані на плакаті або представлені у презентації слайдів.

2. Знайомство учасників. Учасниками пропонується розповісти про свою роль в організації.

3. Правила роботи. Обговорення правил базується на досвіді участі у тренінгах, а також на запитах та очікуваннях учасників. При цьому враховується фактор, як те чи інше правило допомагатиме чи заважатиме досягненню результату та здійсненню очікувань від роботи на тренінгу.

4. Очікування учасників.

Матеріали: індивідуальні блокноти, ручки.

Тренер пропонує учасникам записати у себе в блокноті п'ять очікувань від тренінгу. Після цього, із зазначених тем тренінгу необхідно вибрати три найбільш важливі. Коли учасники завершать завдання, тренер пропонує їм об'єднатися в трійки (пари при парній кількості учасників) та обговорити свої очікування:

Наскільки вони схожі/відрізняються?

Як це допомагає/заважає у роботі?

На виконання завдання надається 5 хвилин. Після цього тренер пропонує учасникам озвучити результати дискусії. Очікування учасників можуть бути такими: як оцінити потреби клієнта; як правильно уточнити запит клієнта, якщо такий є; як розрізнити професійну та особисту допомогу клієнту; як організувати роботу персоналу, щоб уникнути професійного вигорання при роботі; як правильно надавати психологічну та соціальну допомогу; як надавати

інформацію клієнтам та їхнім родичам; як адаптувати/перебудувати роботу; як правильно підготувати пам'ятку (алгоритм роботи) для фахівця.

5. Професійне і особисте: пошук і досягнення балансу для покращення якості наданих сервісів.

Мета вправи: діагностика емоційного фону групи, зниження напруження.

Матеріали: аркуші формату А4 для кожного учасника, гуаш, пензлики, стаканчики.

Тренер дає учасникам завдання намалювати картину свого життя на даний момент. Потім учасники демонструють свої малюнки всім членам групи та розповідають про те, які почуття у них виникали у процесі роботи та які емоції викликає у них власний малюнок. Виконання цієї вправи може мати терапевтичний (корекційний) характер. Наприклад, під час роботи з соціпрацівниками можна коригувати сильні переживання через: розуміння своїх кордонів у цьому світі; усвідомлення своєї нової ролі (хто я тепер? що залишається в моєму житті? що я можу контролювати?).

Таким чином, за допомогою цієї вправи можна розширити усвідомлення переживань та допомогти у відновленні особистісних кордонів. При цьому важливо не інтерпретувати малюнок, а розпитувати автора, про те, яким сенсом він сам наділяє намальоване, що бачить у своєму малюнку. При необхідності можна запропонувати автору малюнка, за його згодою, емоційний зворотний зв'язок від ведучого та групи (відгук на побачене, наприклад: «Коли я дивлюся на твій малюнок, у мене виникає певне почуття/враження/спогад/асоціація»). Ця вправа також допомагає розділити ролі «я – особистість» та «я – соціальний працівник».

Заняття № 2

Аналіз запитів та потреб співробітників та клієнтів.

Час: 120 хв.

Мета: надати учасникам базову інформацію про соціальні процеси та організацію соціально-психологічної допомоги в цих умовах.

1. Обговорення роботи попереднього дня. Емоціональний стан групи. (30 хв.).

Мета: активізація учасників, аналіз ходу роботи, позначення цілей та завдань дня.

Інструкція: Продовжіть речення: «Якби мій настрій був би схожий на страву, то вона була б...» Після емоційного відгуку про поточний стан, проводиться обговорення попереднього дня роботи (що вдалося, що запам'яталося, які залишилися питання). Далі слід провести формулювання запитів та професійних потреб на поточний день. Надалі це необхідно, щоб провести паралелі з тим, як формують та формулюють свої запити та потреби клієнти.

2. Основні запити та труднощі, з якими стикаються працівники організацій, які надають соціальні послуги. (60 хв.).

Мета: з'ясувати складнощі, з якими стикаються соціальні працівники.

Тренер проводить мозковий штурм, щоб з'ясувати, з якими основними труднощами стикаються соціальні робітники. Після того, як всі ідеї будуть озвучені та записані, учасникам пропонується систематизувати сказане та виділити декілька категорій.

3. Прояснення запитів і труднощів, з якими стикаються клієнти організацій, що надають соціальні послуги (30 хв.).

Мета: допомогти соціальним робітникам зрозуміти, у чому полягають труднощі. Тренер робить огляд основних категорій потреб, які можуть бути у клієнтів з деменцією. Важливо розрізняти фізичні та інші потреби, наприклад, соціальні. Для надання послуг клієнтам, соціальні робітники повинні мати навички діагностування та пріорітизації потреб клієнта на даний момент.

Умовно, всі психологічні потреби можна поєднати в три групи:

1. Потреба в безпеці: людина хоче заспокоїтися, знизити напруження; їй важливо, щоб її вислухали (відчуття, що її слухають та чують) та прийняли; важливо як відбувається процес слухання, яка ситуація.

2. Потреба у прихильності, відносинах: важливі присутність і підтримка іншої людини, зворотний зв'язок («поговоріть зі мною»).

3. Потреба визнання: бажання робити щось, щоб бути поміченим; наприклад, клієнт може хвалитися чимось, робити акцент на своїх досягненнях.

У практиці соціальної роботи найчастіше доводиться мати справу зі станом клієнта. У цей момент важливо допомогти йому відреагувати на свої почуття і тільки після цього зайнятися діагностикою та пріоритизації потреб. Важливо пам'ятати, що фізичні потреби є першочерговими. Іншими словами, якщо людині ніде спати і нема чого їсти, то не слід пропонувати їй розгорнуту психологічну допомогу. У той самий час у ситуації гострого стресу можливо необхідність у першій психологічній допомозі.

Список можливих запитів клієнтів, крім прямих послуг із профілактики:

Як жити та працювати в нових умовах?

Потреби нових клієнтів.

Потреба висловитись про свої страхи.

Порушення сну.

Складність встановлення контакту з іншими людьми.

Заняття № 3

Очікувані складності та «важкі» клієнти.

Час: 120 хв.

Мета: Розглянути основні складності роботи з клієнтом та навчитися позначати сферу послуг, які організація не надає.

1. Аналіз виникаючих складнощів (30 хв).

Мета: допомогти соціальним робітникам сформулювати і систематизувати складнощі, що виникають у роботі з клієнтам, а також актуалізувати вже наявний досвід реагування на складні ситуації. Тренер просить учасників згадати «важких» клієнтів зі своєї практики та поділитися з групою методами, які допомогли впоратися зі складною ситуацією. Учасники

можуть також розповідати про свої невдачі. Надалі група стане джерелом ідей для пошуку відповіді під час сесії. Результати обговорення фіксуються.

2. Що робити з складними клієнтами (20 хв).

Мета: формулювання відповідей на типові запити клієнтів, які знаходяться поза професійною компетенцією або є маніпулятивними.

Тренер проводить інтерактивне обговорення основних причин виникнення складнощів у роботі з клієнтами:

- залежність від того, хто допомагає;
- агресія внаслідок переживання безсилля (безпорадності).

Типові способи вирішення:

Відмова – прямо повідомити клієнта про те, що організація не може допомогти у цій ситуації.

Переадресація – пропозиція розширеної допомоги, інформаційна підтримка (дати інформацію та контакти відповідних структур, але не обіцяти вирішення питання).

Залучення клієнта до вирішення його проблеми, що сприяє поділу відповідальності та підвищення мотивації до змін. Завдання соціального робітника – допомогти клієнту і в той же час самому не потрапити до психологічної пастки. І тому важливо усвідомлювати, які саме послуги організація може чи може запропонувати; розуміти, в чому полягає цінність клієнта для організації та самого співробітника. Якщо ці цінності виходять за рамки професійної етики та компетенції, то він може опинитися в ситуації уразливості, тобто, клієнт користуватиметься своєю цінністю для соціального робітника. У разі прояву агресії з боку клієнта (крик, звинувачення, необґрунтовані вимоги) важливо прояснити причину такої поведінки та зрозуміти, що клієнту потрібно і що він зробив для вирішення ситуації. У цьому важливо зберігати доброзичливе ставлення.

3. Вправа «Мій складний клієнт» (40 хв).

Мета: виявити особистісні особливості консультанта, які є причиною професійних складнощів у консультуванні.

Тренер дає учасникам завдання згадати важкого клієнта з їхньої практики і представити собі його (її) зараз, після чого дати відповіді на наступні запитання (записати на папері):

Яка риса в цьому клієнті найбільше дратує мене, турбує, зачіпає. Іншими словами, що мені в цьому клієнті не подобається.

Чим ця характеристика (особливість) клієнта йому корисна? Тобто як ця риса приносить вигоду і яку саме?

За що цього клієнта можуть любити чи поважати його родичі, кохані чи близькі люди?

Чи є у мене ця характеристика клієнтів та, наскільки вона виражена, як мені з цим боротися, як я до цього належу?

За що я можу бути вдячним цьому клієнтові?

Час підготовки відповідей: 10 хв. По завершенню результати роботи та враження обговорюються у парах (трійках) та у загальному колі. Тренеру на замітку. Так як ця вправа спрямована на діагностику типових професійних та особистісних складнощів, слабких місць та зон розвитку в роботі соціального робітника, то необхідно створити найбільш сприятливу обстановку для навчання та використовувати групу як джерело підтримки.

4. Підведення підсумків дня (30 хв).

Мета: підбити підсумки сесії; перевірити емоційний стан учасників. Учасники у вільній формі висловлюють, що, на їхню думку, було найважливішим і запам'яталося за поточний робочий день, а що можливо було зайвим та/або непотрібним. Варто дослухатись до запитів на відпрацювання консультаційних навичок. Можливо, цьому потрібно буде присвятити окремий час.

Заняття № 4

Професійні межі та толерантність. Правила надання першої психологічної допомоги (ППП).

Час: 120 хв.

Мета: визначення рівня стресу та підбір видів консультування відповідно до фази проходження стресу. Вивчити правила надання першої психологічної допомоги.

1. Інтерактивна лекція на тему стресу, виникаючого в умовах змушеного зміни місця проживання. (30 хв).

Мета: коротко викласти основні тези теорії розвитку стресу.

Для такого інформаційного повідомлення досить нагадати визначення поняття «стрес» (тиск, напруга) і фази розвитку стресу. Після цього важливо обговорити, які особливості проходження фаз стресу (мобілізація, опір, виснаження) мають клієнти. Для початку дискусії учасникам можна поставити такі питання:

Які особливості та складності консультування на кожному етапі стресу (мобілізація, опір, виснаження)?

Як, що і навіщо ми робимо, працюючи з гострим стресом?

Який може бути алгоритм консультування?

У цьому розділі слід проаналізувати досвід учасників і звернути увагу на можливі причини виникнення складнощів консультування. У цій сесії не приділяється увага питанням консультування. Під час сесії рекомендується звернути увагу на визначення рівня стресу, який зазнає клієнт організації або сам соціальний робітник.

ТЕСТ:

Самостійно оцінити власний рівень стресу можна за допомогою такого тесту. Дайте відповідь «Так» або «Ні» на питання, чи відбувається з вами останнім часом наступне:

1. Я погано сплю (насилу засинаю, прокидаюся ночами, встаю з відчуттям втоми).

2. Я часто відчуваю втому.
- 3 Я відчуваю збудження і не можу всидіти на місці.
4. У мене часто виникає відчуття тяжкості в шлунку або розлад травлення.
5. Я легко дратуюся.
6. Мені важко зосередитися.
7. Я можу розплакатися без особливої причини.
8. Я втратив надію на краще.
9. У мене виникають болі в різних частинах тіла.
10. Я часто відчуваю занепокоєння чи тривогу.

Інтерпретація тесту: Порахуйте кількість відповідей «Так»:

Якщо 4 і менше – у вас середній рівень стресу, можливо самостійне зниження рівня стресу шляхом саморегуляції.

Від 5 до 8 – у вас виражений стрес, бажано звернення за сторонньою допомогою.

Від 9 до 12 – у вас сильний стрес, самостійно впоратися з таким рівнем стресу дуже складно.

2. Професійні кордони та толерантність. Робота зі стресом у співробітників і клієнтів організації. Робота над собою. (30 хв).

Мета: розширити розуміння проблеми розвитку стресу; проведення паралелей між розвитком стресу у клієнтів та співробітників організації.

Тренер просить учасників згадати та обговорити випадки порушення їх особистісних кордонів клієнтами у процесі роботи. Тут важливо рухатися до усвідомлення того, які саме дії та способи взаємодії спричинили збільшення стресу та порушення особистісних та професійних кордонів. При цьому можна звернутися до матеріалів та висновків вправи «Мій складний клієнт», описаної вище. Можливі варіанти роботи: обговорення в парах (трійках), самоаналіз (опис на папері) з подальшим обговоренням у групі.

3. Правила надання першої психологічної допомоги (60 хв.).

Мета: ознайомити соціальних працівників із матеріалами з надання допомоги. Відпрацювати навички окремих технік.

Тренер знайомить учасників з матеріалами публікації ВООЗ «Перша психологічна допомога: керівництво для працівників на місцях», «Надання першої психологічної допомоги». Особливу увагу слід приділити наступним аспектам:

Як правильно говорити з клієнтом у ситуації гострого стресу:

- Постарайтеся знайти для розмови тихе місце, де нічого не відволікатиме.
- Поважайте конфіденційність і по можливості не розголошуйте повідомлені вам особисті відомості.
- Будьте поруч із людиною, але дотримуйтеся необхідної дистанції з урахуванням її віку, статі та способу життя.
- Демонструйте активне слухання.
- Будьте терплячі та спокійні.
- Надайте фактичну інформацію, якщо вона є. Чесно кажете, що знаєте, а чого не знаєте: «Я не знаю, але постараюся для вас дізнатися».
- Надайте інформацію простими словами.
- Позначте виявлені зусилля, спрямовані на самостійний вихід із тяжкої ситуації.
- Не торопіть клієнта, дайте можливість помовчати.

Принципи першої психологічної допомоги:

- Вислухайте та постарайтеся заспокоїти.
- Допоможіть задовольнити основні потреби та отримати необхідну підтримку.
- Допоможіть емоційно подолати проблеми.
- Допоможіть зв'язатися зі своїми близькими.

Приклади реакцій на стресові ситуації:

- Фізичні симптоми (тремтіння, головний біль, різка слабкість, втрата апетиту, різноманітні больові відчуття).
- Плач, сум, пригнічений настрій, скорбота.
- Тривога, страх.
- Напруга та нервозність.
- Стурбовані думки про те, що станеться щось погане.
- Безсоння, нічні кошмари.
- Дратівливість, агресія.
- Почуття провини, сором (наприклад, через те, що вижив чи не може допомогти чи рятувати інших).
- Втрата орієнтування в ситуації, емоційне заціпеніння, відчуття нереальності того, що відбувається, або перебування «в тумані».
- Замкнутість чи нерухомість.
- Відсутність реакції на інших людей, відмова розмовляти.
- Дезорієнтація.
- Нездатність подбати про себе (наприклад, відмова від їжі та пиття, нездатність приймати прості рішення).

Алгоритм надання першої допомоги:

Зверніться до людини:

- звертайтеся шанобливо;
- спитайте, чим допомогти;
- по можливості, знайдіть безпечне та тихе місце для розмови;
- створіть елементарну комфортну обстановку: дайте води тощо;
- якщо людина пригнічена, постарайтеся не залишати її одну.

Запитайте, чого людина потребує:

- деякі потреби можуть бути очевидними, проте завжди запитуйте, що потрібно людям і які у них проблеми;
- з'ясуйте пріоритетність їхніх потреб.

Вислухайте та заспокойте:

- будьте поруч;
- не примушуйте розповідати про пережите;
- уважно вислухайте, якщо він все ж таки забажає поговорити про те, що сталося;
- якщо людина пережила сильний стрес, постарайтеся її заспокоїти і переконайтеся, що вона не буде самотньою.

Під час розмови:

- Тон голосу має бути спокійним та м'яким.
- Якщо це не суперечить культурі, намагайтеся під час розмови підтримувати зоровий контакт із людиною.
- Скажіть, що ви тут, щоб допомогти.

Далі тренер пропонує учасникам об'єднатись у пари для відпрацювання навичок ППП. Відпрацювання даної навички, доведення її до автоматизму допомагає надати допомогу великій кількості людей, при цьому зберігши своє емоційне та психічне здоров'я.

Заняття № 5

Підбиття підсумків тренінгу.

Час: 60 хв.

Мета: підбити підсумки тренінгу, отримати зворотний зв'язок.

1. Колективне підведення підсумків.

Мета: інтеграція отриманих знань і навичок, підтримка колегіальності серед учасників.

Тренер пропонує учасникам створити груповий проєктивний малюнок «Моє життя у професійній сфері зараз». Малюнок виконується фарбами всіма учасниками тренінгу на одному аркуші А1 одночасно. Після завершення роботи кожному учаснику пропонується висловитися, пояснити створений малюнок, дати зворотний зв'язок. Груповий малюнок дає можливість обговорити міжособистісну взаємодію учасників; дати відповіді на питання щодо ресурсів

групи. При цьому також важливо не інтерпретувати малюнок, а розпитувати авторів про те, яким змістом вони самі наділяють намальоване, що бачать у своєму малюнку. Насамкінець, рекомендується обговорити, наскільки були досягнуті цілі та завдання даного тренінгу.

2. Надання плану занять з клієнтом з деменцією вдома.

Зразковий план для занять вдома

Періодичність: 1 раз на тиждень, щотижня, за участю фахівця, що приходить. За наявності родичів рекомендується проводити заняття щодня.

Тривалість: 1-1,5 години.

Заняття передбачає зміну видів діяльності: когнітивна стимуляція, творчі завдання, рухові вправи (координаторна гімнастика, міжпівкульна симетрія). Рекомендується чергувати різні види вправ. Чим «важча» людина, тим більше уваги слід приділяти руховій активності.

Рекомендації для занять при порушеннях пам'яті. Починайте зустріч (заняття) з того, що просите нагадати, яке сьогодні число (орієнтуємо людину у просторі та часі). Дізнайтеся під час бесіди, чи знає людина які ціни зараз у магазині, чи в курсі вона, скільки зараз коштує молоко чи яйця (можливо, у неї в голові ціни двадцятирічної давності). Спробуйте з нею обговорити останні події яскраві («А ви чули, що...», «А чи підете ви на вибори?»).

Наприкінці свого візиту можна перерахувати разом з нею, що ви зробили. Так стане зрозуміло, чи вловила вона взагалі вашу присутність, а також перевірити, що вона із цього пам'ятає. Або вона тільки дивиться на вас і пам'ятає, що ви є, ви були тому, що ви перед нею. А що ви робили раніше, вона забула. Те саме наступного разу: коли ви прийдете, ви можете запитати: «Я забула, ми з вами вікна мили чи не мили?», – ви точно пам'ятаєте, а чи пам'ятає це вона? Можна запитати, у кого з його родичів цього місяця день народження, наприклад, чи вітали її з якимись святами цього місяця, чи отримувала вона пенсію. Тобто, цікавитись її функцією пам'яті.

Рекомендації для занять у разі порушення уваги. Важливо не робити дві справи одночасно (чи ми готуємо, чи ми дивимося серіал, але не бігаємо з кухні до кімнати, помішуючи при цьому кашу тощо).

Рекомендації щодо рухових порушень. Можна виконати тест: «Ось мій палець, він нікуди не ворухиться і знаходиться на одному місці. А ви, будь ласка, своїм вказівним пальцем правої руки торкніться мого пальця – 5 разів. А тепер я не змінюю положення пальця, а ви заплющте очі і повторіть теж п'ять разів». Якщо людині вдається зробити це, значить, порушення праксису у неї немає. Відмінності можуть бути до району ліктя на руці.

Дуже багато речей можна використовувати на користь самої ж людини з деменцією. Наприклад, забираючись у квартирі, ви знайшли купу чогось (на ваш погляд, непотрібного), то дайте домашнє завдання до наступного вашого візиту переглянути цю купу і розкласти на «важливе» і «не потрібне». Навіть якщо вона залишить усе як потрібне, принаймні вона щось згадає («це від тітки Валі», а це з такого приводу, а це інакше...).

Далі описані вправи, які можна пристосувати до індивідуальних занять.

1. Вправи щодо розвитку ручного праксису.

Мета: розпізнавання основних геометричних фігур; класифікація їх за кольором, розміром, формою; розвиток просторових уявлень, загальної і дрібної моторики пальців рук, стимулювання психічних процесів сприйняття, пам'яті, уваги, мислення, мовлення, викладання візерунків і предметів навколишнього середовища за зразком, за словесною інструкцією, стимулювання рахункових операцій, розвиток тактильних відчуттів, актуалізація трудових знань, умінь.

1. Вправи на геометричному матеріалі:

Завдання 1. Викласти з квадратів-плиток доріжку до будинку. Порахуйте скільки плиточок ви виклали.

Завдання 2. Згадайте, скільки поверхів у вашій оселі. На якому поверсі ви мешкаєте. Побудуйте будинок із квадратів по три квадрати в ряд. Порахуйте скільки поверхів у вашому будинку.

Завдання 3. Розкласти геометричні фігури за формою, кольором, величиною на прикладі 2-3 геометричних фігур. Взяти лише червоні трикутники або відсортувати великі трикутники від маленьких. Вибрати всі ромби та квадрати.

Завдання 4. Викласти орнамент на зразок: ромб, овал, квадрат. Порахувати скільки у візерунку ромбів.

Завдання 5. З ромбів викласти квітку за зразком. Порахувати, скільки у квітці пелюсток. Вибрати ромби за кольором. Скласти із синіх ромбів таку ж квітку.

Завдання 6. Уважно подивитися на геометричні фігури. Заплющити очі. Відкрити. Скажіть, що змінилося.

Завдання 7. Викласти з овалів доріжку. Непарні овали опустити вниз.

Завдання 8. Розмальовки.

Матеріал: розмальовки, кольорові олівці чи фломастери. Розмальовки краще брати контрастні на оксамитовому папері чорно-білі, тому що багато хто має поганий зір і не бачить, де потрібно розфарбовувати.

Завдання 9. Робота з нитками.

Матеріал: нитки вовняні або бавовняні різних кольорів, шаблон для намотування з картону або пластмаси.

Варіант 1. Намотування ниток на шаблон у різних напрямках.

Варіант 2. Змотування ниток у клубок.

Варіант 3. Виготовлення ниткових ляльок.

Завдання 10. Нанизування бусинок на нитку чи дріт.

Матеріал: бусинки різних розмірів та кольорів, дріт або нитка. Виготовлення намиста. Нанизування бусинок на нитку у певній черзі за кольором та розміром.

Завдання 11. Робота з пластиліном, солоним тістом, природним матеріалом

Матеріал: різнокольоровий пластилін або солоне тісто, шишки, жолуді, каштани. Виготовлення виробів різної тематики, бажано близькій людині з деменцією.

Завдання 12. «Чарівний пісок».

Матеріал: коробка чи миска з сочевицею чи крупою, макаронами тощо. Набір намиста або дрібні предмети. Лоток з комірками з цукерок.

Варіант 1. Знайди, що сховалося в «піску». Що це, назви.

Варіант 2. Розклади знайдені намистини по осередках. Порахуй і скільки червоних, синіх. Із чого вони.

Завдання 13. Робота з кольоровим картоном та кольоровим папером.

Матеріал: картон, папір, ножиці, клей, шаблони.

Виготовлення гірлянд, обведення та вирізання по шаблону, склеювання деталей. Виготовлення листівок, закладок, коробочок.

2. Завдання: Визначити, не дивлячись, на дотик, яка літера знаходиться в мішечку. Назвати слово на цю літеру. Для цього завдання використовуються дерев'яні літери.

Це завдання сприяє розвитку зорової та сенсорної пам'яті, словесно-логічному та наочно-образному мисленню, мовленню, моториці.

Опис завдання: Перед початком можна згадати скільки букв в українському алфавіті. Які є букви (голосні та приголосні). Назвати їх. Голосні літери можна заспівати. Потім дерев'яні літери розкладаються на столі. Ведучий просить запам'ятати літери, як вони виглядають візуально і навпомацки. Далі літери складаються в мішечок і ведучий пропонує опустити руку в мішечок і не дивлячись на дотик визначити, що це за буква. Після того, як буква вимовляється вголос, учасник дістає її та звіряє результат.

Наступний етап – назвати будь-яке слово на цю букву.

У цьому завданні може бути наступне продовження (або різновид): Придумати будь-яке слово на цю літеру, що складається з чотирьох літер (може бути предмет, ім'я тощо). На аркуші А4 (аркуш розташувати горизонтально)

викласти це слово за допомогою інших дерев'яних букв. По черзі обвести кожен букву. Прикрасити олівцями (восковими дрібними) слово, що вийшло. З цим словом придумати речення та записати на звороті аркуша.

3. Завдання: Використовуючи циферблат годинника та стрілки, треба показати час, який вимовляє ведучий.

Для цього завдання використовується: Намальований або надрукований циферблат за розміром на аркуш А4. Замість цифр просто поділки. У центрі циферблату намальовано чорну точку. Окремо стрілки: велика і маленька. Стрілки темного кольори, наприклад, чорного.

Це завдання сприяє розвитку: мислення, пам'яті, розумінню простору і часу, розвитку дрібної моторики. Ведучий називає час. Завдання – правильно розкласти стрілки на циферблаті. Ведучий називає час по-різному. Наприклад, «Дві години дня» або «Чотирнадцять годин», «Вісімнадцята година, двадцять хвилин» або «Без двадцяти десять», «Дванадцята година» тощо.

4. «Мова як засіб спілкування, соціалізації» – читання, переказ, бесіда, звернення до особистого досвіду.

Мета: підтримувати соціальну активність клієнта.

Завдання:

- підтримка та розвиток словникового запасу;
- спілкування;
- сприяння позитивним емоціям;
- допомога у встановленні уявних логічних зв'язків, осмисленні матеріалу, запам'ятовуванні;
- встановлення зв'язків досвіду клієнта та тексту твору, звернення до спогадів;
- аналіз, розгляд, передача, порівняння.

Рекомендації до вибору текстів:

- Тексти підбирають доступні за змістом, близькі до досвіду клієнта, щоб при переказі він міг відобразити особисте ставлення до цієї події.

- Слід підбирати сюжетні, з чіткою композицією, з добре вираженою послідовністю дій тексти.

- Твори для переказу мають бути доступними за розміром.

Тривалість занять з читання та переказу – 30-45 хвилин (залежить від «включення» клієнта).

Структура занять з читання та переказу (визначається розмаїттям завдань):

- Вступна частина. Підготовка до сприйняття тексту. Можна провести коротку вступну бесіду, показати картинки, загадати загадки.

- Первинне читання твору. Пропонується послухати твори, повідомляються його назва, автор. Новий текст розповідається (читається) без попередження про наступний переказ, оскільки установка на переказ обмежує увагу, зосереджує на запам'ятовуванні і тим самим заважає цілісному сприйняттю художнього твору.

- Розмова щодо змісту прочитаного, спрямована на аналіз та запам'ятовування тексту.

- Повторне читання з інсталяцією на наступний переказ.

- Переказ.

Людам із проблемами запам'ятовування тексти читаються заздалегідь, кілька занять поспіль, щонайменше ніж за тиждень до переказу (встановлено, що відстрочені у часі перекази більш повні, послідовні та зв'язкові). Тому на наступному занятті їм відразу повідомляють про переказ, читають вже знайомий їм твір, проводять бесіду за його змістом, при необхідності читають ще раз, далі слідує переказ.

Оцінка переказу:

- Усвідомлення, тобто, повне розуміння тексту.

- Повнота передачі твору, тобто, відсутність суттєвих пропусків, що порушують логіку викладу.

- Послідовність та зв'язність переказу.

- Використання словника та оборотів авторського тексту та вдала заміна деяких слів синонімами.
- Плавність переказу, відсутність тривалих, непотрібних пауз.
- Виразність та фонетична правильність мовлення.
- Близькість до тексту.
- Переказ із творчими доповненнями (клієнт вигадує окремі епізоди, початок, кінцівку твору).

Інші варіанти занять:

1) Класифікація об'єктів. Попросіть людину з деменцією класифікувати об'єкти. Наприклад, ви можете попросити його навести порядок у скриньці з гудзиками, а саме розкласти їх за кольорами або розмірами. Для цієї справи ви можете також використовувати продукти, такі як овочі, фрукти, ягоди чи трави, або дрібні предмети: кульки, камінчики, черепашки тощо. Ці види діяльності слугують для стимулювання виконавчих функцій, абстракції та міркування.

2) Зробити книгу. Зберіть старі журнали і попросіть знайти для вас щось конкретне. Наприклад, запропонуйте йому знайти картинки на наступні теми: птахи, діти, тварини, автомобілі, відомі люди, їжа... Проконтролюйте його, покажіть, що вам справді важливий результат. Потім попросіть його вирізати знайдені об'єкти і, використовуючи їх, створити історію, зробити «книгу» своїми руками. Впевніться, що йому під силу вирізати, і підберіть для нього ножиці із закругленими кінцями.

3) Автобіографічний щоденник. Якщо людині подобається писати, ви можете попросити її зробити автобіографічний щоденник її життя. Починаючи з того часу, коли вона була ще маленькою, до сьогодні. Перегляньте разом її старі фотографії, і ви зможете додати їх до щоденника, щоб допомогти автору і підтримати її історію. Попросіть його розповісти вам у деталях, хто зображений на цих фотографіях, що вони робили, скільки років їм було, і т. д. Нехай розповість вам про кумедні історії зі свого життя, поділиться своїми спогадами та досвідом. Якщо їй не подобається писати, ви можете виконати цю вправу

тільки в усній формі і зробити разом особливий фотоальбом, або навіть записати відео, зробити «фільм» про неї та його історії. За допомогою цього виду діяльності стимулюються пам'ять та мовлення.

4) Шеф-кухар. Хороша стратегія когнітивної стимуляції для лікування деменції – це попросити допомогти вам на кухні. Дозвольте йому самостійно слідувати рецепту, але не забувайте контролювати його. Попросіть його вибирати нескладні рецепти, адаптовані до його компетенцій. Це можуть бути прості страви, такі як фруктовий салат: попросіть його нарізати шматочки фруктів (наприклад, використовуючи пластикові ножі), додайте йогурт та насолоджуйтесь разом смачним та корисним рецептом. Або спробуйте приготувати складніші рецепти, якщо йому це під силу. Ви самі побачите це на практиці.

5) Використовуйте силу музики для когнітивного втручання. Увімкніть музику, яка подобається людині з деменцією, яку вона знає, і подивіться, що відбувається. Можливо, вона підспівуватиме в такт пісні, чи захоче станцювати, чи просто відпочити та розслабитися. Ви можете вигадати інші види діяльності з використанням музики. Наприклад, ви можете разом вивчити тексти пісень, перевірити, чи знає він пісню на згадку, обговорити, як вона її розуміє, які спогади викликає в нього та чи інша мелодія.

6) Настільні ігри. Настільні ігри є великими союзниками для стимуляції когнітивних функцій, а також допомагають добре провести час. Зіграйте у лото, шашки чи монополію. Звичайно, види ігор не повинні бути надто складними.

7) «Відомі пари». Мета: активізація пам'яті, створення приводу для приємних спогадів.

Тривалість: 30 хвилин.

Матеріали: Аркуш паперу, на якому ліворуч написані імена відомих чоловіків, а праворуч – відомих жінок. Наприклад, Адам і Єва, Ромео і Джульєтта тощо.

Короткий опис заняття. Ведучий називає ім'я чоловіка, а людина з деменцією – відповідне йому ім'я жінки. Потрібно поєднати ці імена лініями.

8) «Знайди та торкнися». Ведучий пропонує варіанти. Наприклад, чогось червоного; холодного на дотик; шорсткого; те, що важить близько 0,5 кг; круглого; те, що має товщину близько 100 мм; прозорого; чогось довжиною близько 80 см, чогось вагою близько 65 кг; із золота; чогось важчого за 1000 кг; чогось легше за повітря; чогось із срібла; чогось, на ваш погляд, потворного; те, що рухається ритмічно; числа 22.

9) «Мій портрет у променях сонця».

Намалюйте сонце, в центрі напишіть своє ім'я та/або намалюйте свій портрет. Потім відшукайте свої переваги, всі хороші якості, які ви знаєте.

10) «Моє ім'я».

Напишіть своє ім'я великими красивими літерами. Від кожної літери вашого імені донизу стовпчиком напишіть слово, яке починається з цієї літери і характеризує вас.