

**«ЛАБОРАТОРІЯ УСПІХУ»
В РОБОТІ
З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ**

практичні рекомендації

Київ - 2023

УДК 159.9
ББК 60.992
Л 12

Рецензенти:

Архипова С.П., докторка педагогічних наук, професорка кафедри соціального забезпечення Черкаського державного технологічного університету

Кальченко Л.В., докторка педагогічних наук, доцентка, професорка кафедри філософії факультету соціології і права Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»

«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.

Дана публікація покликана надати наукову інформацію, поради та практичні рекомендації для проведення успішної соціальної роботи з людьми похилого віку. Наведені матеріали дозволяють розібратися з процесом старіння, потребами та проблемами, які з'являються у цей період життєдіяльності. Окремий розділ присвячено роботі з паліативними клієнтами. В останньому розділі описано шляхи розбудови успішної комунікації з людьми похилого віку, етичні засади та необхідні компетенції.

Публікація розрахована на широкий загал фахівців, керівників соціальних та медичних закладів, представників громадянського суспільства, волонтерів та студентів.

ЗМІСТ

Передмова	4
РОЗДІЛ 1 ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ..	6
1.1. Старість та старіння як заключний період вікового розвитку.....	6
1.2. Прояви психологічних та поведінкових змін у людей похилого віку.....	11
1.3. Толерантність як базова складова соціальної взаємодії з людьми похилого віку.....	17
РОЗДІЛ 2 ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ОРГАНІЗМУ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ.....	23
2.1. Особливості процесу старіння на фізіологічному рівні..	23
2.2. Найбільш поширені хвороби у похилому віці.....	37
2.3. Принципи здорового харчування.....	53
РОЗДІЛ 3 ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	59
3.1. Загальні підходи до паліативної допомоги.....	59
3.2. Приклад паліативного догляду за людьми похилого віку (розв'язання кейсу).....	73
РОЗДІЛ 4 ПОБУДОВА УСПІШНОЇ КОМУНІКАЦІЇ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ.....	79
4.1. Комунікаційні компетенції у соціальній роботі.....	79
4.2. Соціальна модель спілкування з людьми похилого віку.	89
4.3. Етичні засади успішної комунікації з людьми похилого віку.....	99
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	112

ПЕРЕДМОВА

Люди похилого віку складають окрему групу населення, яка потребує постійної уваги з боку громадянського суспільства. З віком у них з'являється багато нових потреб, які супроводжуються погіршенням стану здоров'я та потребують фізичної, соціальної й психологічної підтримки відповідних закладів, установ й організацій.

Інакше існує ризик того, що люди похилого віку поступово або, за короткий проміжок часу, стають все більш вразливими до нових життєвих викликів та відчують себе соціально незахищеними й непотрібними. Все це призводить до соціальної ізоляції, бідності, втрати контактів з родиною й друзями, появи численних хвороб чи інших проблем.

Існуючі програми соціального забезпечення вимагають постійного моніторингу для врахування сучасних реалій та внесення змін, які б відповідали запитам цієї вікової групи, особливо в аспекті догляду вдома, реабілітації для осіб з інвалідністю та паліативної допомоги.

Інший важливий аспект, який слід тримати в фокусі уваги, стосується зміни ставлення до людей похилого віку з боку найближчого соціального оточення та суспільства в цілому. Це пов'язано з тим, що незважаючи на свій статус, кожна людина хоче продовжувати відчувати себе потрібною, корисною та значимою, мати гідний рівень життя та якісний догляд.

І головне, обов'язково зберігати певний рівень автономії та мати право приймати рішення у важливих життєвих ситуаціях, особливо з питань лікування, реабілітації, соціальної підтримки, комунікацій та вибору місця перебування: самостійного проживання чи в спеціальних закладах.

Наразі наша країна переживає складний етап розвитку, який

пов'язаний з війною та нашим опором. Доволі часто саме люди похилого віку стають найбільш уразливими до наслідків, які виникають через окупацію, ракетні обстріли, руйнування житлових будинків, медичних закладів. Саме через це вони потребують термінової евакуації, переїзду до незнайомого регіону чи навіть, іншої країни. Через це суттєво порушуються соціальні зв'язки з рідними, сусідами, знайомими та звичні умови проживання, отримання соціальної допомоги та лікування з боку різних соціальних й медичних закладів.

На нашу думку, саме фахівці із соціальної роботи та сфери охорони здоров'я, разом з волонтерами, мають найкращу змогу вчасно допомагати людям похилого віку не залишатися на самоті, не втрачати віру в людей, своєчасно отримувати неохідну допомогу та лікування. Вони мають знати, що ми усі поряд, готові підтримувати та допомагати. Разом ми обов'язково переможемо!

*З повагою, Н. Тимошенко, канд.пед.н., МБФ Єврейський Хесед
«Бней Азріель Н. Романова, канд.пед.н., доцентка, Школа соціальної роботи
Національного університету «Києво-Могилянська академія»*

РОЗДІЛ 1 ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ



1.1. Старість та старіння як заключний період вікового розвитку

Старіння є неминучим елементом розвитку особистості. В онтогенезі людини виділяються періоди дитинства, юності, зрілості і старості. Межа між періодом зрілості і початком старості майже непомітна, що доволі часто зумовлює наукові розбіжності про визначення віку, з якого саме починається старість.

Біологічні процеси старіння вивчає наука «соціальна геронтологія», яка включає дослідження різних аспектів старіння (психологічні, соціологічні, соціальні), суть старості та її вплив не тільки на конкретну людину, але й суспільство загалом.

Примітка!

Геронтологія - це наука про старість і старіння.

Соціальна геронтологія - розділ геронтології, який вивчає соціальні та психологічні аспекти процесів старіння, що впливають на становище людей похилого віку в суспільстві та на ставлення суспільства до них.



Метою соціальної геронтології є розроблення наукових підходів щодо становища та розвитку індивіда в соціумі, але головне завдання – гармонізація й гуманізація соціальної системи «людина похилого віку – середовище».

Саме соціальна геронтологія займається проблемами, які стосуються якості життя людей похилого віку, соціального та

правового захисту, медичного обслуговування, тобто необхідними аспектами щодо створення умов гідної старості та достойного рівня суспільного й особистого життя.

Розглядаючи питання психологічних та фізіологічних особливостей людей похилого віку, необхідно розібратися із сутністю самого процесу старіння. Слід розрізняти два ключових поняття: «старість та старіння», які мають різне змістовне наповнення.

Старість - це віковий період, що характеризує заключну фазу людського життя. Закономірним завершенням процесу старіння є смерть.

Старіння розглядається як руйнівний процес, який посилюється з віком та веде до погіршення фізіологічних функцій організму. Цей процес стосується доволі суперечливого розвитку живих клітин людського організму від моменту зародження життя до його припинення.

Примітка!

Старість - закономірно наступаючий заключний період вікового індивідуального розвитку (онтогенезу) людини.

Старіння - це природний процес, який з віком посилює руйнацію організму та веде до зниження адаптаційних можливостей організму та проявляється підвищеною ймовірністю можливої смерті.



Отже, старіння - це перш за все функція часу, його не можливо зупинити, як неможливо зупинити плін самого людського життя. Процес старіння незворотній, як старість й кінечність буття неминучі для кожної людської істоти.

Старіння пов'язане зі змінами, що відбуваються на всіх рівнях організації живої матерії: молекулярному, субклітинному, клітинному

та системному.

Процес реалізації генетичної програми будови, розвитку й функціонування організму та його вікові зміни називають гомеорезом. Таке вивчення дозволяє прогнозувати темпи старіння кожної людини, які можуть бути природними, прискореними або сповільненими. Їхній перебіг залежить від різних факторів, але найбільше від способу життя (50%), ще 20% - від генетичної спадковості, 20% - від стану екології (де людина проживає) і тільки на 10% - від стану медицини та медичних послуг (Всесвітня декларація з охорони здоров'я, 51 сесія ВООЗ, 1998 р).

Загалом, існують дві найбільш поширені/традиційні точки зору щодо **причин старіння**.

1. Старіння слід розглядати як генетично запрограмований процес, результат закономірної реалізації програми, закладеної в генетичному апараті людини. Дія факторів навколишнього й внутрішнього середовища практично не впливає на темпи старіння.

2. Старіння є результатом руйнування організму внаслідок неминучих пошкоджуючих дій, що виникають в ході самого життя. Це багатогранний процес, сформований різними факторами, дія яких повторюється і накопичується протягом усього життя.

По мірі старіння змінюються та обмежуються функції організму, скорочуються можливості пристосування до навколишнього середовища, знижується здатність до фізіологічного захисту.

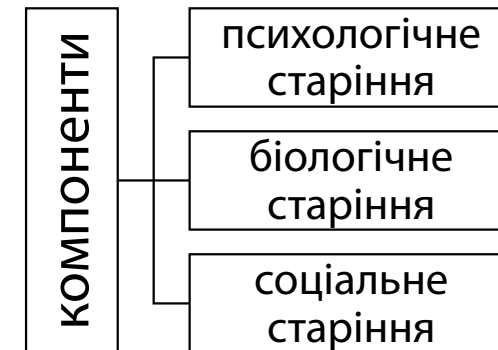
Існує багато класифікаційних схем, які описують віковий період людей похилого віку. Найбільш поширеною для кристунання є класифікація Всесвітньої організації охорони здоров'я, де означені наступні вікові межі:

- 44-60 - середній вік
- 60-75 – похилий
- 75-90 – старечий
- більше 90 – довгожителі

Однак однозначної думки про вік, з якого починається старість, немає, адже старіння – це процес, і саме в цьому контексті необхідно розглядати феномен старості кожної конкретної людини.

Також слід брати до уваги, що *люди похилого віку* (60-75) все таки не можуть визначатися як однорідна група за віком, оскільки на думку науковців, їхні фізіологічні та психологічні характеристики суттєво змінюються протягом кожних п'яти років. Тому люди похилого віку 60 - 65 років мають дещо інші потреби, ніж особи 65 - 70 років та точно будуть відрізнятися від потреб тих, кому 70-75 років.

Для об'єктивнішого розуміння старіння слід розглянути три його *компоненти: психологічні, біологічні та соціальні* (див. мал.1.1. 1):



Мал. 1.1.1 Компоненти старіння

Психологічне старіння настає тоді, коли людина починає усвідомлювати себе старою. Саме у цей момент з'являється специфічне відчуття психологічної старості, яке має як об'єктивні ознаки (зниження інтелектуальних здібностей, звуження емоційної сфери тощо) так і суб'єктивні.

Доволі часто люди порівнюють себе зі своїми ровесниками, які можуть виглядати як значно молодшими за них, так й значно старшими. Це явище називають *психологічною асиметрією* щодо своєї

та чужої старості, коли індивіду видається, що він старіє не так, як інші.

Фактори, які впливають на психологічну старість:

- самотність
- залежність
- непотрібність
- хвороби
- втрата близької людини
- зміна матеріального й соціального статусу
- безпорадність
- надлишок вільного часу
- страхи (самотності, смерті)
- зниження самооцінки

Біологічне старіння пов'язане з біологічними змінами організму за віком та можливою втратою окермих органів свого тіла (інволюція) чи погіршенням стану шкіри, зубів, скелету, легень, зору тощо.

Соціальне старіння показує, як люди похилого віку співвідносять своє старіння з розвитком суспільства, порівнюють свою поведінку з іншими та оцінюють, як саме здатні виконувати соціальні ролі. Якщо у них припиняється всяке активне соціальне життя, то це називають «*соціальна старість*». Чим більше середня тривалість життя в країні, тим далі відсувається індивідуальна межа старіння.

Фактори ризику передчасного старіння:

- малорухливий спосіб життя
- тривалі та часто повторювані нервово-емоційні перенапруження (стреси)
- погане харчування
- хронічні захворювання
- шкідливі звички
- генетична спадковість (коротка тривалість життя батьків та ін.)

Отже, старіння - це процес, який може бути прогнозованим

у цілому та, абсолютно не прогнозований, в деталях. Кожному зрозуміло, що старість неминуча, що вікові зміни будуть неухильно прогресувати, що процес старості пов'язаний із конечністю буття (смерті).

У той же час, найважливішим завданням геронтології та соціальної геронтології є дослідження не тільки про шляхи досягнення довголіття, але й створення програм для своєчасного реагування на наслідки старіння щоб люди похилого віку могли уникати серйозних захворювань, контролювати свій стан та не боятися можливих фізіологічних змін.

Важливим продовжує залишатися завдання щодо інформування та залучення громадянського суспільства до взаємодії з даною групою населення, соціального включення та створення умов для якісного життя.

Наразі, в умовах війни, ці завдання потребують розширення в аспекті створення спеціалізованої допомоги та підтримки для осіб похилого віку, які пережили чи переживають окупацію, ракетні обстріли, зміну місця проживання та втрату близьких.



1.2. Прояви психологічних та поведінкових змін у людей похилого віку

Старість являє собою складний феномен та не вичерпується характеристикою працездатності людини. Важливим є її життєвий досвід, який проявляється в поєднанні сильних та слабких сторін реагування на ситуації, прийняті рішення, ставлення до інших тощо. Тобто аналіз життєвого досвіду людини є важливим процесом для визначення шляхів надання допомоги під час спілкування. Для фахівців це нестандартна ситуація, коли з одного боку, людина похилого віку має багатий життєвий досвід, а з іншого – проявляє

слабкість фізичного тіла, а деколи й розумих здібностей. Цим похилий вік відрізняється від інших вікових груп.

Відомо, що уявлення людини похилого віку про себе, самосприйняття та самовідчуття багато в чому є результатом досвіду, який вона отримала протягом свого життя. Втрата колишніх соціальних ролей, що давали відчуття значущості та компетентності у певних сферах, прояви упереджень з боку соціального оточення, можуть змусити сумніватися в собі, в своїй цінності та соціальній значущості. Людина так влаштована, що вона, у меншій мірі, сама відчуває себе старою. Більшою мірою на неї впливає те, наскільки старою її сприймають оточуючі.

Деякі науковці стверджують, що саме під час даного вікового періоду (60-75 років) людина здійснює вибір на користь однієї зі **стратегій старіння**:

- для однієї групи людей їх хвороби, харчування, догляд за ними, умови проживання і екологія мають першорядне значення, і саме цими факторами визначається їх мислення, пам'ять та думка про себе;
- для іншої групи ці фактори не є домінуючими, їх самопочуття залежить від соціального статусу, затребуваності, творчої активності тощо.



Аналіз цих стратегій може допомогти фахівцям розібратися із життєвим досвідом клієнта соціальної роботи (отримувача послуги) щоб разом з ним визначити оптимальний варіант втручання чи надання необхідних соціальних послуг

Існують загальні психологічні особливості та поведінкові зміни, які відбуваються з людьми похилого віку:

- знижуються пізнавальні процеси - увага, пам'ять і

- мислення;
- посилюється тривога та незадоволеність своїм фізичним станом;
- присутній стрес через втрату близьких родичів, знайомих та друзів;
- частіше відчувається смуток про минуле життя, яке не можливо повернути та страх перед невизначністю самої смерті;
- спостерігається зниження самооцінки, невпевненість та незадоволення собою;
- посилюється відчуття непотрібності та свідомо соціальна ізоляція;
- турбує нереалізоване бажання бути значущим і затребуваним в суспільстві чи на роботі;
- знижується самостійність та підвищується рівень залежності від оточення;
- посилюється концентрація на власному здоров'ї;
- прогресує рівень фізичної немічності та нездатності працювати;
- підвищується вразливість до думки інших та їх ставлення;
- збільшується страх залишитися самотньою, безпорадною та бідною (фінансові можливості).

Інша проблема стосується *почуття самотності*, яке виникає через брак спілкування, байдужості з боку близьких або через порушення звичного способу життя. Саме самотність робить людей похмурими, сердитими та непривітливими. Доволі часто люди похилого віку втрачають цікавість до всього нового, негативно сприймають події, які їм здаються недоречними або не цікавими. Також має місце відсутність бажання розвиватися, бути соціально активною, що призводить до замикання усіх інтересів тільки на

собі. Через це людина поступово стає егоїстичною, сварливою та конфліктною, а невпевненість у майбутньому робить її скупюю, педантичною та консервативною.

Все це ускладнюється хворобами, коли не можливо ігнорувати свій стан, не переживати біль та страх перед новими випадками. Як результат – затяжна депресія і страх за своє життя. За даними досліджень більше 70% людей похилого віку перебувають у стані депресії або близькі до неї.

Причиною депресії можуть стати негативні стереотипи, які існують у суспільстві щодо даної групи населення, наприклад, у трудовій сфері (ейджизм). Через це їм доволі важко влаштуватися на роботу, навіть якщо дозволяє фізичний стан та професійний рівень.



Для фахівців важливо знати, що відповідно до статті 21 Кодексу законів про Працю «забороняється будь-яка дискримінація у сфері праці..., пряме або непряме обмеження прав працівників залежно від раси, гендерної ідентичності...віку».

Природні фізіологічні процеси старіння організму неминуче викликають зміни *емоційно-вольової сфери*: з'являються неконтрольовані посилення афективних реакцій (сильне нервово збудження зі схильністю до смутку, плачу, агресії, гніву тощо). Доволі часто замість відчуття радості та щастя, з'являється занепокоєння, тривожність, недовірливість, дратівливість, черствість тощо. Крім того, змінюється темперамент, самооцінка, знижується ініціативність та зростає пасивність.

Фахівці, які працюють з людьми похилого віку повинні враховувати, що якість їх допомоги чи послуги дуже залежить до того, як *клієнт відноситься до власного старіння*, оскільки саме цей елемент є важливою складовою психічного здоров'я в старості. Необхідно щоб

відбулося усвідомлення факту фізичних й психічних вікових змін та визнання природності відчуттів щодо фізичного недомагання, активності, способу життя тощо.

Дана позиція може формуватися за рахунок розвитку стосунків з соціальним оточенням, але більшою мірою, залежатиме від самої літньої особи. При цьому їй слід уникати депресивної проєкції на спогади про минуле життя, пошуки «винних» у власних проблемах або винити себе в неправильно прожитому житті. Це допоможе заспокоїтися, уникнути емоційних страждань та прийняти неминучість завершення власного життя.

В той же час, у вітчизняній геронтологічній літературі, описані різні варіанти неадекватних установок по відношенню людей до власної старості, у тому числі, й до повного її неприйняття.

В якості таких варіантів описують:

- *регресію* (повернення до минулих форм поведінки, що проявляються у формі «дитячої» вимоги допомогти незалежно від стану),
- *добровільну ізоляцію від оточення* (пасивність й мінімальна участь в громадському житті),
- *буит проти процесів старіння* (відчайдушні спроби зберегти зрілість, що переходить у старість).

При такому відношенні до старості у людини похилого віку виникає відчуття незадоволеності життям, що призводить до втрати різного спектру емоцій та людських почуттів. Хронічне погіршення здоров'я та втрата інтересу до зовнішнього світу провокує негативні зміни особистості у формі «загострення» особистісних рис. Ця позиція, більшою мірою, залежить від самої людини, тому при наявності психологічної підтримки цю ситуацію можна виправити.

Отже, *ставлення до власного старіння* є важливою складовою психічного життя в старості. Якщо людина вважає ці зміни цілком природними для свого віку, то вона зможе змінити власне життя на

краще, незалежно від життєвих обставин чи хвороби.

Що стосується *психосоціального розвитку* людей у похилому віці, зокрема психічного рівня «Я-концепції», то мають місце різні наукові думки. Деякі дослідники вказують на те, що з віком у цієї групи населення «Я-концепція» стає більш негативною, рівень позитивної самооцінки спадає, відповідно, збільшується кількість осіб, які не задоволені своїм життям.

Однак є думка інших науковців, які відзначають позитивний образ «Я», пов'язаний із самосприйняттям та самохваленням своєї життєдіяльності. На їх думку, найважливішою характеристикою людей у цьому віці є прагнення до осмислення життя, підведення підсумків своєї діяльності та їх обговорення з рідними, друзями або фахівцями. Саме людська мудрість дозволяє зберігати гідність і цілісне «Я» перед біологічним старінням та неминучою смертю.

У більшості випадків саме психічний стан та поведінкові зміни формують **основні потреби людей похилого віку**. Серед найбільш поширених:

- створення умов для підтримки здоров'я (фізичне та психічне), доступність до медичних послуг, ліків та інших немедичних препаратів й обладнання;
- задовільне матеріальне становище;
- соціальна взаємодія, спілкування з іншими людьми;
- повага з боку інших до власного простору (у квартирі, закладі, будинку тощо);
- соціальне включення;
- якісне соціальне забезпечення та своєчасні соціальні послуги.

Слід пам'ятати, що старіння це завжди окрема, особиста історія кожної людини, яка сприймається дуже індивідуально. Хтось замикається в собі та страждає від самотності, а хтось знаходить сили та нові можливості для продовження активного життя.

Загалом, саме з огляду на означені психологічні особливості та поведінкові зміни слід вибудовувати практичну роботу та спілкування з людьми похилого віку.



1.3. Толерантність як базова складова соціальної взаємодії з людьми похилого віку

У сучасному суспільстві сприйняття людей похилого віку може носити негативний характер та проявлятися у вигляді байдужого ставлення або навпаки, агресії, гніву та домашнього насильства. Небажання близьких осіб піклуватися та надавати посильну допомогу, ігнорування проблем та потреб, зневажливе ставлення до старості й емоційна холодність у спілкуванні створюють соціальний і психологічний вакуум, що деструктивно впливає на дану групу населення у цілому. Тому формування толерантного ставлення до людей похилого віку є одним із першочергових завдань у соціальній роботі.

Поняття «толерантність» розглядається науковцями як повага до свободи іншої людини, її поглядів, думок, поведінки та самовираження. Також це готовність суспільства гідно (без стигми та дискримінації) сприймати будь-яку особистість, незалежно від її статусу, соціальної ролі й залученості до життя громади. Як правило, саме толерантність розглядають як ресурс соціального розвитку в демократичних країнах.

Саме це поняття окреслює багато позитивних людських якостей та проявів особистості, головними серед яких виступають щирість, мудрість, людяність та доброта. У масовому розумінні, саме позитивне ставлення до інших людей на основі визнання універсальних прав та свобод, які закріплені в базових документах ООН та Конституції України визначається як толерантність.

Примітка!



Толерантність - здатність людини, спільноти, держави чути і поважати думку інших,
позитивно сприймати відмінне від своєї думки.

Толерантність – це один із засобів зняття конфліктів і розвитку форм співіснування, взаємодії в людському суспільстві.

Поняття толерантності вперше почали вживати ще чотири століття тому. Найвизначнішим представником суспільства, який лобіював впровадження цього поняття в ті часи, був Вольтер. Йому присвоюють вислів: «Я не згоден з тим, що ви говорите, але віддам своє життя, захищаючи ваше право висловити свою думку». У цьому афоризмі вміщено класичну теорію толерантності.

Толерантне ставлення і поведінка розглядається як *різномірнева система*, що включає:

- ❶ міжособистісну терпимість
- ❷ взаємну толерантність різних соціальних груп
- ❸ толерантність як культурну і правову норму

Це дає змогу говорити про **типи толерантності** у сучасному суспільстві:

- *Вікова толерантність*: це неупередженість до «априорних» недоліків людини, пов'язаних з віком. Вона цілком може поєднуватися із прийнятою у багатьох культурах повагою до людей похилого віку.
- *Освітня толерантність*: вимагає сприймати відмінність системи цінностей та принципів інших людей, оскільки це часто стає джерелом конфліктних ситуацій. Її наявність означає здатність людини співпрацювати,

чути, цінувати, розуміти і поважати іншу думку.

- *Міжнаціональна толерантність*: визначає ставлення до представників різних націй, неприпустимість перенесення недоліків і негативних вчинків окремих представників національностей на інших людей, вимагає ставитися до будь-якої людини з позиції «презумпції національної невинності».
- *Расова толерантність*: відсутність упереджень до представників іншої раси.
- *Релігійна толерантність*: сприйняття релігійних догматів з боку представників різних конфесіональних груп.
- *Географічна толерантність*: взаємна неупередженість жителів обласних центрів, невеликих або провінційних міст, сіл та селищ (місцевих громад).
- *Міжкласова толерантність*: терпиме ставлення до представників різних майнових шарів – багатих до бідних, бідних до багатих.
- *Фізіологічна толерантність*: ставлення до хворих осіб, людей з інвалідністю.
- *Політична толерантність*: ставлення до діяльності різних партій і об'єднань та висловлювань їх членів.

Фактори, які впливають на формування толерантності:

- ставлення суспільства до громадянських свобод і безпеки його членів
- досвід усвідомлення проблеми (особистий, сімейний, соціальний в силу поширеності проблеми)
- наявність стереотипів у суспільстві
- Толерантність, як норму сучасного цивілізованого світу, означено в Резолюції Генеральної Конференції ЮНЕСКО (Декларація принципів толерантності,

1995).

- З того часу Міжнародний день толерантності відзначається щорічно у країнах, які приєдналися до вищезазначеної Резолюції. Завдяки зусиллям ЮНЕСКО в останні десятиліття поняття «толерантність» стало міжнародним терміном, найважливішим ключовим словом в проблематиці світової спільноти, яке відображає:
- інтуїтивне сприйняття єдності людства, взаємозалежності всіх від кожного і кожного від усіх, полягає в повазі прав іншого (в тому числі право бути іншим),
- утримання від заподіяння шкоди, оскільки шкода, заподіяна іншому, означає шкоду для всіх і для самого себе,
- активне ставлення, що формується на основі визнання універсальних прав і основних свобод людини.

Отже, толерантність – це повага до прав іншої людини бути такою, якою вона себе позиціонує.

Критерії толерантності:

- повага до культурної самобутності кожної особистості;
- залучення якомога більшої кількості людей до створення суспільних традицій та культури;
- терпиме ставлення до людей, незалежно від їхньої статі, національності, релігії, приналежності до якої-небудь групи.
- рівність прав (рівний доступ до соціальних благ, до управлінських, освітніх та економічних можливостей для усіх людей, незалежно від їх статі, раси, національності, релігії, приналежності до якої-небудь

іншої групи);

- взаємоповага членів групи або суспільства, доброзичливість та терпиме відношення до різних груп (з інвалідністю, біженцям, з різними психічними вадами та ін.);
- рівні можливості для участі у суспільному житті усіх членів суспільства;
- збереження і розвиток культурної самобутності та мов національних меншин;
- охоплення подіями громадського характеру якомога більшої кількості людей, якщо це не суперечить їх культурним традиціям та релігійним віруванням;
- можливість наслідувати свої традиції для усіх культур, представлених в цьому суспільстві;
- свобода віросповідання за умови, що це не обмежує права та можливості інших членів суспільства;
- співпраця і солідарність у вирішенні загальних проблем;
- позитивна лексика у найуразливіших сферах міжетнічних, міжрасових стосунках, у відносинах між статтю;
- дух партнерства;
- готовність приймати думку іншого;
- повага прав до інших;
- прийняття інших такими, які вони є;
- здатність поставити себе на місце іншого;
- відмова від домінування, спричинення шкоди та насильства.

Толерантність є необхідною умовою успішної адаптації особистості до нових нестандартних умов.

Можна виділити два аспекти толерантності:

- **зовнішня толерантність (до інших)** – переконання, що кожна людина може мати власну позицію, здатна розглядати факти та явища під різними кутами зору, враховуючи різні чинники;
- **внутрішня толерантність** – здатність до прийняття рішень і роздумів над проблемою, навіть якщо невідомі всі факти і можливі наслідки.

Толерантність може розглядатися як ресурс соціального розвитку та включає:

- ставлення до ситуації щод співіснування з іншими;
- ставлення до себе як суб'єкта толерантності.

Якщо братися будувати міцний будинок, то варто дотримуватися певних технологій, а толерантність – це своєрідна сучасна технологія світоутворення.

Толерантність щодо людей похилого віку вимагає від громадянського суспільства поваги та соціально відповідального ставлення в аспекті сприйняття думки, що старість – це не вирок, а повноцінний етап життя, який може бути активним й творчим.

Люди похилого віку є носіями мудрості, досвіду й джерелом життєвої філософії для молодого покоління. Завдяки спілкуванню з ними виконується величезна соціальна й культуральна функція в суспільстві - здійснюється зв'язок і спадкоємність поколінь, передається накопичений досвід та посилюється громадянське суспільство.

РОЗДІЛ 2 ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ОРГАНІЗМУ В ПОХИЛОМУ ВІЦІ



2.1. Особливості процесу старіння на фізіологічному рівні

Старіння людини – закономірний біологічний процес, однак його прогресування можна дещо уповільнити, розумно керуючи своїм життям.

З метою уповільнення процесів старіння необхідно дотримуватись основ здорового способу життя: уникати надмірних фізичних навантажень та нервових перенапружень, для покращення емоційного стану більше часу приділяти улюбленим справам, не порушувати режим праці та відпочинку, підтримувати фізичну активність, правильно харчуватись та відмовитись від шкідливих звичок.

В організмі людей похилого віку відбуваються ряд функціональних та органічних змін: уповільнюється обмін речовин, порушуються енергетичні процеси в клітинах та синтез білків, знижується активність ферментів та імунний захист.

Можливий розвиток атеросклерозу, який супроводжується погіршенням кровопостачання всіх органів і систем, що призводить до зниження їхньої функціональної здатності.

Поступово прогресують м'язова атрофія, слабкість міокарду, остеопороз, секреторна недостатність залоз, порушується водно-сольовий обмін.

Вказані зміни призводять до погіршення пристосувально-компенсаторних механізмів, тому звичайні, для людей середнього віку навантаження, можуть сприяти прогресу хронічних захворювань у людей похилого віку та провокувати стан гострої кризи з подальшою

госпіталізацією.

Продовжує змінюватися зовнішність, рухливість, а також робота сенсорних систем (слух, зір, смак і нюх), які як правило, починають працювати менш ефективно.

Отже, **зміни, які відбуваються у результаті старіння організму:**

- знижується працездатність організму;
- погіршується робота органів чуття;
- змінюється волосяний покрив (волосся сивіє, випадають на голові, з'являються на обличчі);
- в'яне шкіра (зменшується еластичність, з'являються бородавки та пігментні плями, стає більш зморшкуватою, сухою);
- змінюється постава;
- кістки стають порожніми, крихкими, неміцними;
- збільшується кількість жирової тканини;
- зменшується кількість м'язової тканини;
- сповільнюється робота м'язів;
- зменшується еластичність вен і артерій, відбувається закупорка вен і артерій;
- розхитуються та випадають зуби;
- ускладняється жування і травлення;
- знижується здатність скорочення легень;
- погіршується робота серця;
- порушується імунна система;
- збільшується час на різні реакції й подразнення.

Фізіологічні особливості організму в цьому віці:

- *зниження загальних функцій організму*, спостерігаються порушення роботи внутрішніх органів та тканин. Слабшають м'язи, стають тоншими кістки, болять суглоби, погіршується зір, слух і т. д.

- *наявність хронічних захворювань*: за твердженням медиків, люди похилого віку мають не менше п'яти недуг з хронічним перебігом, які супроводжують та підсилюють один одного. Відбувається часте загострення хронічних захворювань, внаслідок ослаблення ендокринної, імунної систем, порушення обмінних процесів.
- *розвиток, характерних для цього віку, видів захворювань*: склерозу, старечого амілоїдозу, гіперплазії передміхурової залози, остеопорозу, деменції і т. д.

Органом, який відповідає за дотики, є шкіра. Без дотику до неї не можна відчутти біль при порізах, опіках чи ударах. Ось чому так важливо звертати увагу на стан шкіри. Доволі часто саме поява численних зморшок додає негативного настрою щодо процесу власного старіння.

Причини утворення зморшок на шкірі:

- відбувається уповільнення обміну речовин та розпаду клітин;
- погіршується загоєння ран, сповільнюється робота потових і сальних залоз;
- ускладнюється щоденний рух м'язів обличчя та інших частин голови;
- спостерігається втрата жирової тканини між шкірою та м'язами (шкіри не стає більше: вона стає менш натягнутою);
- має місце емоційне напруження та стрес, ожиріння.

Практичні рекомендації «Як доглядати за частинами тіла в старості»

Процес догляду за тілом літньої особи є дуже відповідальним та вимагає від соціальних робітників чи інших осіб, певних знань та практичних навичок:

- ⇒ *Купання.* дитяче мило, шампунь, м'яка мочалка, масло після купання, не гаряча та не холодна вода. Розчісувати волосся слід гребінцем з рідкими зубцями.
- ⇒ *Догляд за вухами.* Перш за все, потрібно голову літньої людини повернути набік. Лівою рукою відтягують вушну раковину вгору і назад, а правою рукою обертовим рухом очищають вухо змоченою в 3% розчині перекису ватяну турунду. Обтирають вушну раковину вологою серветкою, потім сухим рушником.
- ⇒ *Догляд за шкірними складками.* Для цього можна зробити розчин, до складу якого входить: на 1 склянку води - 1 столова ложка оцту і 1 столова ложка камфорного спирту. Обробку шкіри рекомендується проводити в такому порядку: шия, груди, руки, живіт, спина, ноги. Небезпечні місця, де можуть утворитися пролежні, можна навіть злегка масажувати рукавичкою. Таку процедуру проводять 1 раз в день;
- ⇒ *Догляд за ногами.* Особливу увагу потрібно приділяти гігієні ніг та правильному вибору взуття, панчіх, шкарпеток.

Фізіологічні зміни нюху та смаку, які найчастіше спостерігаються у людей похилого віку:

Слід пам'ятати, що у старості сповільнюється швидкість, з якою рецептори передають в мозок інформацію. Часто людина не може визначити: чи зіпсована їжа; відчутти запах диму чи газу.

Тому людині похилого віку необхідно:

- ❶ *пам'ятати про те, що організм змінився, а значить потрібно бути більш обережним;*
- ❷ *правильно організувати свій побут:*
 - *стежити за терміном придатності та правильністю зберігання продуктів:* зіпсовані продукти потрібно викидати, а не

- кип'ятити заново;
- *використовувати тару тільки під відповідний зміст* (наприклад, не зберігати оцет в пляшці від води або в чашці бо випадково про це можна забути та випити його, думаючи, що це вода);
- *не можна тримати постійно включеними газові пальники,* стежити за справністю газових кранів; тримати квартиру трохи провітряною;
- *змінювати смак їжі за допомогою прянощів, а не солі* (потрібно пам'ятати, що у людини похилого віку судини і серце працюють значно гірше, ніж у молодих, тому вживання солі слід обмежувати).

Соціальним робітникам слід пам'ятати, що саме через погіршення роботи органів відчуття можуть спостерігатися опіки; обмороження; порізи та переохолодження.

Правила безпечного побуту при погіршенні роботи органів відчуття

Щоб люди похилого віку не отримали додаткових травм, потрібно дотримуватися певних правил:

- *опіки:* не наливати дуже гарячий чай; користуватися рукавицями чи прихватком на кухні; не направляти довгі ручки каструль в бік людини; використовувати для грілки не окріп, а теплу воду;
- *порізи та укули:* зберігати ножі, виделки та ножниці в окремому місці, колючої і ріжучої стороною від людини;
- *обмороження:* стежити, щоб одяг відповідав погоді;
- *переохолодження:* уникати протягів; заклеювати віконні та дверні щілини; обігрівати квартиру рівномірно, щоб літня людина не переходила від дуже теплого приміщення в дуже холодне.

Пам'ятати про те, що організм у процесі старіння змінюється, а значить потрібно бути обережним.

Фізіологічні зміни зору в старості:

- *вікова далекозорість*,
- *точки та плями*, «плаваючі» в полі зору,
- *сухість очей* або підвищена слезотеча,
- *діабетичні ураження сітківки* (при цьому тканини ока перебувають в стані хронічного кисневого голодування, яке призводить до ураження сітківки ока - близько 70% всіх випадків діабетичної офтальмопатії),
- *катаракта* - помутніння кришталика ока,
- *глаукома* - постійне або періодичне підвищення внутрішньоокового тиску зі зниженням гостроти зору та атрофією зорового нерву.

Що потрібно робити, щоб людині похилого віку було зручно пересуватися:

- забезпечити відповідне освітлення
- використовувати контрасти
- використовувати допоміжні засоби
- підтримувати певний порядок речей (сліпа людина «бачить» руками і саме так запам'ятовує розташування речей)
- забезпечте безпеку в будинку (приміщенні)

Також у людей похилого віку *погіршується робота органів травлення.*

Що відбувається:

- *Порожнина рота:* слабкість жувальної мускулатури, погіршення змочування їжі слиною та менша, з роками, кількість зубів, що значно погіршує обробку їжі. При цьому затрудняється ковтання та знижується бактерицидна дія слини. У порожнині рота виникають

гнильні процеси, створюються умови для запальних явищ.

- *Стравохід:* атрофія м'язів та слизової оболонки стравоходу призводить до розвитку дискінезій, спазму, що ускладнює проходження харчової грудки. Може привести до опущення органів черевної порожнини.
- *Підшлункова залоза:* погіршується інтенсивність та якість травлення: неповне перетравлення білків, жирів, вуглеводів. Організм не здатний засвоїти неперетравлені компоненти їжі і, в результаті, розвивається дефіцит незамінних поживних речовин.
- *Печінка:* знижується інтенсивність її кровопостачання, скорочується синтез білків більш ніж на 30%. Погіршуються функції, відповідальні за жировий, вуглеводний, пігментний, водно-електролітний обміни. Ці зміни, можуть привести до різних захворювань травного тракту: запору, камінню в жовчному міхурі, геморою, пухлин товстого кишечника, раку прямої кишки.

Хвороби нирок і сечовивідних шляхів.

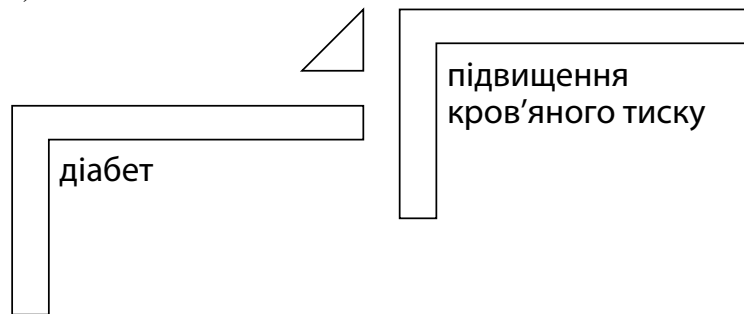
Симптоми захворювання:

- підвищена втомлюваність та загальну слабкість;
- труднощі з концентрацією уваги;
- поганий апетит;
- порушення сну;
- нічні судоми;
- набряки на гомілках та стопах;
- припухлість довкола очей, особливо зранку;
- сухість та свербіння шкіри;
- почастішання позивів на сечовипускання, особливо вночі.

Консервативна терапія включає спеціальну дієту, лікувальну гімнастику та фітотерапію. При незначних відхиленнях призначають медикаментозне лікування.

Якщо захворювання набуло важкої форми, коли утворилися великі камені або при наявності раку проводиться виключно оперативне лікування.

Існують дві основні *причини виникнення хронічної хвороби нирок (мал.2.1.1.):*



Мал. 2.1.1. Причини виникнення хронічної хвороби нирок

При діабеті вміст цукру в крові підвищується понад норму. Це зумовлює пошкодження багатьох органів і м'язів, зокрема нирок та серця, а також судин, нервів та очей. Гіпертонічна хвороба супроводжується зростанням тиску крові на стінку кровоносних судин.

Якщо не контролювати кров'яний тиск, його підвищення може стати основною причиною інфаркту, інсульту або хронічної хвороби нирок. З іншого боку, хронічна хвороба нирок також може зумовлювати підвищення кров'яного тиску.

Хронічна хвороба нирок може виникнути у кожної людини, незалежно від віку. Однак у деяких людей ризик виникнення цієї хвороби підвищений, якщо вони хворі на діабет; мають високий кров'яний тиск; серед родичів є особи з хронічною хворобою

нирок; через похилий вік та вікові зміни, а також, коли має місце приналежність до однієї з етнічних груп із підвищеним ризиком виникнення діабету або підвищення кров'яного тиску.

Однією із проблем, з якою стикаються люди похилого віку є нетримання сечі.

Рекомендації при нетриманні сечі:

- *використовувати комок* (переносний нормативний туалет);
- *ліквідувати перешкоди*: необхідно подбати про вільні проходи до туалету; нехай невеликого, але постійного освітлення; про зручне взуття, одяг, що легко знімається;
- *використовувати одноразові підгузки* (памперси);
- для чоловіків можна *використовувати сечоприймальник*.

Рекомендації при нічному нетриманні сечі:

- насамперед, потрібно звернутися до лікаря для призначення відповідного лікування;
- робити вправи Кегеля;
- перед сном: прийом рідини закінчувати за 2-3 години до сну; обов'язково відвідати туалет перед сном; завести будильник на 3 години після передбачуваного часу засипання (щоб людину будив будильник, а не мокре ліжка).

Ще одна проблема, з якою стикаються люди у похилому віці – це погіршення сну. Головний показник якості сну – це наскільки добре відпочив організм.

Показники поганого сну:

- хропіння, розлади дихання;
- невпорядкований режим дня;
- їжа чи, навпаки, голод;

- змінна робота;
- якість ліжка (матрац, ковдра, подушка, постільна та натільна білизна);
- порушення, напруг;
- збуджуючі напої, алкоголь, нікотин;
- нове місце;
- прийом ліків;
- навколишнє середовище: світло, шум, температура повітря, запахи;
- невіпорядкований режим дня.

Рекомендації щодо поліпшення сну:

- ⇒ ніколи не лягати спати надто рано, якщо організм ще не втопився, значить йому не потрібен відпочинок;
- ⇒ вставати треба завжди в певний час, тоді і час відходу до сну буде приблизно однаковим;
- ⇒ нічого не робити, лежачи в ліжку, якщо людина читає в ліжку, дивиться телевізор, їсть, то організм звикає до того, що в ліжку можна займатися багатьма речами, а не тільки спати.

Якщо людина похилого віку прокинулася серед ночі, не варто вмикати світло, щоб не прокинутися остаточно.

Якщо сон все-таки пішов, не потрібно лежати в ліжку: слід встати і зайнятися якоюсь справою;

- відмовитися від денного сну;
- придумати собі ритуал перед сном (наприклад, ретельне умивання, читання молитви);
- проаналізувати причину порушення сну та усунути її.

У людей похилого віку часто виникають проблеми при самостійному пересуванні. І хоча причини можуть бути різними,

соціальні працівники/робітники, родичи лежачих и малорухомих людей похилого віку стикаються з одними і тими ж проблемами. Часто люди похилого віку виявляються прикутими до ліжка в результаті різних захворювань, травм або їхніх ускладнень.

Догляд за лежачими та малорухомими людьми – завдання непросте та має свої особливості.

Що трапляється якщо літня людина перенесла інсульт; важку хворобу або операцію; падіння з травмою (переломом) чи важкий психологічний стрес? Вона стає залежною від допомоги сторонньої людини!

Основні проблеми:

- *складності, пов'язані з фізіологією дефекації та сечовипускання.* В зв'язку з довготривалими порушеннями фізичної активності та фізіологічних процесів, пов'язаних зі старінням відбувається застій при виведенні калових мас та сечі. Це, в свою чергу, провокує погіршення стану організму, важкість і уповільнення процесу реабілітації/відновлення.

Основні рекомендації при даній проблемі:

- слід дотримуватися оптимального питного режиму – випивати від 1л до 1,5л «сирої» води вдень;
- збалансоване харчування;
- лікувальні дієти (тільки по рекомендаціям лікаря);
- по можливості, виконувати фізичні вправи для покращення перистальтики кишечника.
- *зниження чутливості кінцівок і порушення кровообігу.* У зв'язку з відсутністю достатньої рухової активності та присутністю у людини похилого віку хронічних судинних захворювань, таких як: діабет, варикоз, інсульт, виникають ускладнення, пов'язані із порушенням кровообігу.

Для уникнення та профілактики такої проблеми слід дотримуватись таких правил:

- повноцінно лікувати хронічні судинні захворювання;
- слідкувати за тим, щоб людина похилого віку не перемерзала/не перегрівалася у ліжку;
- за допомогою спеціальних кремів або мазей слідкувати за станом шкіри.

Виникнення травматичної пневмонії

Дуже поширена проблема у малорухомих і лежачих людей похилого віку. Виникає в наслідок застійних явищ в легенях, через обмежену або відсутню рухову активність, поверхнєве дихання на додачу до фізіологічних процесів старіння.

Основні поради:

- ⇒ обов'язково використовувати дихальну гімнастику (дихальні вправи, надування кульок, видих в воду через трубочку);
- ⇒ часта зміна горизонтального положення у вертикальне;
- ⇒ фізичні вправи верхніми кінцівками.

Ускладнення при ковтанні

Ковтання – рефлексорний м'язовий акт, при якому в результаті скорочення одних та розслаблення інших м'язів, харчова грудка переходить через гортань та стравохід у шлунок.

Людина ковтає приблизно 600 раз на добу. В тому числі, 200 раз під час їжі, 50 раз під час сну, 350 раз в інший час. Більшість ковтків здійснюється несвідомо.

У зв'язку з різними захворюваннями (інсульт, онкологія), травмами голови, виникає проблема з процесом ковтання.

Загальні поради:

- ⇒ годування здійснювати тільки сидячи;
- ⇒ якщо годування відбувається у ліжку, то бажано спустити ноги та зафіксувати спину;
- ⇒ важливо, щоб була тиша, людина похилого віку повинна бути зосередженою на прийомі їжі;
- ⇒ годувати маленькими порціями, повільно, наступну порцію давати, коли попередню вона проковтнула;
- ⇒ температура їжі повинна бути гарячою або холодною (в залежності від виду), але не кімнатної температури;
- ⇒ після закінчення прийому їжі, перевірити, чи немає залишків у ротовій порожнині;
- ⇒ після прийому їжі людина повинна знаходитись у вертикальному положенні ще мінімум 15 хвилин;
- ⇒ їжа повинна бути протертою у вигляді каші або пюре;
- ⇒ для заміни рідини – можна пропонувати желе;
- ⇒ під час прийому їжі, у деяких випадках, ліки необхідно розтерти в порошок.

Атрофія м'язів і порушення функцій суглобів

Внаслідок захворювань або травм, люди похилого віку перестають активно рухатися. Це приводить до того, що їх м'язи зменшуються в об'ємі, а суглоби перестають нормально функціонувати, проявляються хронічні захворювання опорно-рухового апарата, людина стає залежною від сторонньої допомоги.

Основні поради:

- ⇒ як найбільше та часто (в міру сили людини похилого віку) виконувати рухову діяльність у вигляді вправ, ходьби і т.д.;
- ⇒ правильне харчування для м'язів та кісток – їжа повинна бути поживною, мати в своєму складі білок, кальцій та клітковину;

- ⇒ всі активні/пасивні рухи в суглобах повинні виконуватись.

Пролежні

Це омертвіння тканин, яке виникає внаслідок тривалого вдавнення (зміщення, тертя) та поганого або порушеного кровообігу шкірних покривів. У більшості випадків, пролежні виникають в ослаблених людей, які з тієї чи іншої причини обмежені в рухливості. Зокрема, до утворення некрозу м'яких тканин схильні нерухомі та малорухомі у фізіологічному стані люди, які не можуть самостійно змінювати положення свого тіла із належною частотою.

Кілька порад щодо профілактики пролежнів:

- ⇒ змінювати положення тіла людини у ліжку кожні 2-3 години (окрім ночі);
- ⇒ повертати її на різні боки та, при необхідності, обробити місця можливого утворення пролежнів м'якою чистою марлевою серветкою змоченою 10% розчином камфорного спирту, 1% розчином саліцилового спирту, 40% розчином етилового спирту або слабким розчином оцтової кислоти (1 столова ложка оцту на 1 склянку води);
- ⇒ ретельно висушити шкіру, замінивши рушник на сухий, масажувати місця, де найчастіше утворюються пролежні;
- ⇒ стежити за чистотою натільної і постільної білизни;
- ⇒ надати людині похилого віку такого положення щоб маса тіла була рівномірно розподілена та на кожну частину тіла діяв рівномірний тиск; для цього слід використовувати спеціальні пристосування та ліжка з надувними протипролежневими матрацами, що попереджують утворення пролежнів;

- ⇒ ретельно висушити шкіру, замінивши рушник на сухий, масажувати місця, де найчастіше утворюються пролежні.

Виконання наданих рекомендацій допоможе організувати якісний догляд за людьми похилого віку із врахуванням можливих ризиків та спеціальних потреб.



2.2. Найбільш поширені хвороби у похилому віці

Деменція – типова для похилого віку умова зменшення розумових здібностей людини;

- *серцево-судинні захворювання* – найпоширеніша причина смерті у розвинених країнах;
- *онкологічні хвороби* – другі за частотою смерті у розвинених країнах;
- *хвороби опорної системи: остеопороз* – зменшення мінерального вмісту кісток, зміна їх структури, зменшення міцності;
- *артрит (остеоартрит)* - запалювання суглобів в результаті зношування;
- *хвороби органів відчуття;*
- *катаракта* - зменшення прозорості кришталика ока;
- *хвороба Паркінсона* – порушення центральної нервової системи, в результаті відбувається порушення мови та руху;
- *діабет* – порушення вуглеводного метаболізму;
- *інсульт* – раптове пошкодження мозку в результаті припинення постачання крові;
- *імуностаріння* - викликає раптову смерть від інфекцій,

при яких можуть не допомогти навіть вакцини і антибіотики);

- *хронічні хвороби нирок* - викликає смерть від ниркової недостатності.

Крім того, у цьому віці характерні й менш ризиковані хвороби: нетримання сечі, безсоння, депресія, ослаблення м'язів, зменшення ефективності імунної системи.

Зупинимося більш детально на деяких із них.

- *остеопороз* («остео» - кістка, «порозіс» - дірявий) - захворювання, при якому кістки скелета стають ламкими через надмірної втрати кісткової тканини.

Такий стан підвищує ризик переломів кісток. Характерні для цього захворювання переломи частіше трапляються в області шийки стегна, хребцях, зап'ястя і ребрах. З остеопорозом також пов'язано зміна постави, болі в кістках.

Фактори ризику захворювання остеопорозом:

- *жіноча стать*. Поки в жіночому організмі є гормон естроген - жінки захищені від захворювання остеопорозом. Але як тільки він припиняє вироблятися, погіршується засвоєння кальцію і організм від цього дуже сильно страждає;
- *настання менопаузи у відносно молодому віці*. Чим раніше гормон естроген припиняє вироблятися, тим швидше кальцій вимивається з кісток;
- *похилий вік*. Чим більше років живе людина, тим більше кальцію вимивається з її кісток;
- *недостатня фізична активність*. Якщо людина не використовує і не тренує м'язи, вони стають млявими. Так і кістки: якщо людина їх не навантажує, організм вважає, що кісткам не обов'язково бути міцними і тому забирає кальцій.

- *надлишкова маса тіла*. Алкоголь, кофеїн, тютюн, газовані напої перешкоджають всмоктуванню кальцію;
- *цукровий діабет* - група ендокринних захворювань, що розвиваються внаслідок відносного чи абсолютного браку гормону інсуліну або порушення його взаємодії з клітинами організму, в результаті чого розвивається гіперглікемія - стійке збільшення вмісту глюкози в крові. Захворювання характеризується хронічним перебігом і порушенням всіх видів обміну речовин: вуглеводного, жирового, білкового, мінерального і водно-сольового.

Розрізняють два типи діабету:

1 тип - інсулінозалежний. Клітини підшлункової залози перестають виробляти інсулін або виробляють його недостатньо. Найчастіше зустрічається у молодих людей, протікає важко, хворі сильно худнуть.

2 тип - інсулінонезалежний. Інсулін є, але порушена сприйнятливість клітин організму на його вплив. Найчастіше зустрічається у літніх людей з надмірною вагою.

Фахівцям необхідно більше уваги приділяти людям похилого віку, у яких спостерігається ускладнення стану здоров'я від цукрового діабету, оскільки через це у них з'являються особливі потреби соціально-медичного характеру (див. мал. 2.2.1):

Ускладнення при цукровому діабеті	порушення зору
	ниркова недостатність
	порушення мозкової діяльності
	серцево-судинні захворювання
	пошкодження нервів

Мал.2.2.1 Ускладнення при цукровому діабеті

Догляд за людиною похилого віку при цукровому діабеті:

- *інсулінотерапія*. Чіткий режим здійснення ін'єкцій та вводити ін'єкції тільки в дозволені області тіла;
- *медикаментозна терапія* для хворих на діабет II типу включає в себе велику групу лікарських препаратів, які підбирає і призначає лікар;
- *постійний контроль життєво важливих показників*. Визначення цукру в крові при діабеті 1 типу: раз в тиждень вранці. При необхідності протягом доби: перед кожним прийомом їжі і через 2 години після їжі, рано вранці і на ніч. При діабеті 2 типу досить проводити вимірювання кілька разів на місяць в різний час доби. При поганому самопочутті – частіше;
- *регулярно проводити огляд людини*, що страждає на цукровий діабет. При цьому захворюванні самі собою можуть утворюватися виразки і невеликі ранки на нижніх кінцівках.
- *особиста гігієна*. Слід щодня мити ноги, пальці на ногах і руках, проводити профілактику пролежнів, мити шкіру, витирати її насухо м'яким рушником;
- *правильний режим праці і відпочинку*. Необхідно уникати крайнощів, щоб хворий не перенапружувався, однак і лежати йому на одному боці не можна;
- *дієта*, при якій слід відмовитися від продуктів, що містять цукор.

Як відрізнити недолік від надлишку цукру в крові (див. табл. 2.2.1):

Табл. 2.2.1

Гіпоглікемія (дефіцит)	Гіперглікемія (надлишок)
Запаморочення, раптова слабкість, головний біль. Тремтіння у всьому тілі, м'язові судоми	Постійна нудота і блювота
Шкіра холодна, волога, рясне потовиділення	Шорстка суха шкіра. Покриті своєрідними «корками» губи
Гостре відчуття голоду	Постійна жага, відсутність апетиту
Дихання в нормі або поверхневе	Задихка
Раптові психічне збудження (дратівливість, прагнення сперечатися, підозрілість, войовничість)	Втома, загальмованість, млявість
Стан розвивається стрімко за кілька хвилин	Розвивається поступово від 1 години до декількох днів
Найчастіше розвивається вночі, так як потреба організму в інсуліні максимальна рано вранці	-
Більше схильні хворі з 1 типом діабету	-
Провокує напад вживання алкоголю	Провокує стрес, гостре захворювання або загострення хронічної хвороби

➤ *інсульт* - гостре порушення мозкового кровообігу,

розвивається найчастіше як ускладнення гіпертонічної хвороби, атеросклерозу судин головного мозку, ішемічної хвороби серця, при аномаліях судин головного мозку, аневризмах, цукровому діабеті.

Розрізняють такі види інсульту (див. табл. 2.2.2):

Табл. 2.2.2

Види інсульту

Ішемічний інсульт	Геморагічний інсульт
Провокують моментами емоційна напруга, стомлення, інфекційні захворювання	Розвиток інсульту можуть спровокувати емоційні переживання або фізичне перенапруження
Виникає в літньому віці в результаті закупорки (тромбом) або різкого звуження атеросклеротичних змін судин головного мозку	Це крововилив в мозок. Відбувається в результаті розриву артерії при коливанні артеріального тиску або функціонального стану судин

Симптоми геморагічного інсульту:

- раптова втрата свідомості;
- гіперемія (почервоніння) людини;
- поява поту на лобі;
- посилена пульсація судин на шиї;
- сильний головний біль;
- блювота;
- підвищений артеріальний тиск;
- тахікардія (прискорене серцебиття);
- можуть бути порушення дихання: гучне, клекотіло, хрипкий подих до 37-39 ° C;

- підвищення температури;
- параліч кінцівок з одного боку (наприклад, опущений кут рота, поворот голови і очей в сторону паралічу);
- порушення мови;
- іноді затримка сечі або мимовільне сечовипускання;
- можуть бути судоми (мимовільні рухи неушкодженої руки або ноги).

Симптоми ішемічного інсульту:

- розвивається захворювання поступово, свідомість збережена;
- відзначаються головні болі, запаморочення, загальна слабкість, блідість шкірних покривів;
- перехідне оніміння в руці або в нозі;
- нездужання наростає, протягом декількох хвилин, години іноді дня;
- відзначається збільшенням тяжкість в руці і нозі, які потім різко слабшають і зовсім перестають рухатися;
- якщо ішемічний процес розвивається вночі, то людина вранці відчуває, що не може встати, рука і нога не рухаються;
- якщо порушення розвивається в правих кінцівках, то у людини порушується мова;
- порушення зору і розлад ковтання.

Фази процесу відновлення:

- ❶ *термінова* (4-7 днів) - мета: вижити;
- ❷ *проміжна* (2-4 тижні) - мета: оволодіти заново руховими вміннями та навичками, засвоїти нові навички, які будуть компенсувати обмеження;
- ❸ *тривала* (невизначений термін) - мета продовжити

процес одужання до повного відновлення фізичних, психічних, соціальних і професійних здібностей.

Одним з основних принципів реабілітації після інсульту є її ранній початок. Необхідно розпочинати піклуватися про майбутнє людини відразу, як тільки стався інсульт: негайно викликати лікаря, виконувати його рекомендації, правильно обладнати житло потерпілого, організувати правильне харчування, подбати про те, щоб було кому доглядати за хворим.

Метою реабілітації є повернення клієнта до самостійного способу життя: людині потрібно заново навчитися рухатися, одягатися, приймати їжу.

- *погіршення пам'яті* може статися через захист організму від перевантажень; втому, душевне напруження, стрес; неправильне харчування, нестачу вітамінів; прийом деяких ліків; зниження рівня цукру в крові; захворювання мозку, закупорки мозкових судин, пухлини і травми голови.

Як покращити роботу пам'яті (поради, що потрібно робити людині похилого віку)

- ⇒ зосередьтеся в момент запам'ятовування;
- ⇒ приберіть все, що відволікає;
- ⇒ повторіть інформацію кілька разів або проговоріть;
- ⇒ порівняйте нову інформацію з уже наявною;
- ⇒ аналізуйте інформацію;
- ⇒ подумки малюйте картинку;
- ⇒ відтворіть у пам'яті ситуацію;
- ⇒ організуйте свій простір;
- ⇒ готуйте список справ;
- ⇒ використовуйте технічні пристосування (будильник, щоденник, календар, комп'ютер);

⇒ йдучи з дому, перевіряйте всі прилади, проговорюючи вслух свої дії;

⇒ використовуйте різні методи запам'ятовування.

У віці 70 років людина втрачає близько 20% навичок пам'яті. Разом з тим, до старості людина накопичує величезний життєвий досвід, який компенсує погіршення пам'яті.

- *хвороба деменція*. Вона виникає в результаті хворобливого процесу головного мозку. Деменція поширена, особливо у літніх людей. Деменція не пов'язана з соціальним статусом, статтю, етнічною групою або географічним положенням.

Деменція - це хвороба, вона не є частиною нормального старіння.

Хоча деменція частіше зустрічається у людей похилого віку, молоді люди також можуть страждати даним захворюванням.

За оцінками, в 2010 році у всьому світі деменцією страждали 35,6 млн. людей; кожні 20 років це число, за прогнозами, буде майже подвоюватися і складе 65,7 млн. чоловік в 2030 році і 115,4 млн. - у 2050 році.

Щорічно реєструється у всьому світі число нових випадків деменції, яке наближається до 7,7 млн. Наразі майже 60% хворих на деменцію живуть в країнах з низьким і середнім рівнем доходів, і більшість нових випадків (71%) буде діагностуватися в цих країнах.

Симптоми деменції у людей похилого віку:

- проблеми з абстрактним мисленням;
- проблеми з мовою;
- втрата пам'яті;
- дезорієнтація;
- особисті зміни;
- відсутня ініціативність;
- забування місцезнаходження речей;

- слабка розсудливість;
- важкість з виконанням повсякденних завдань.

Здійснюючи догляд, необхідно знати чинники, що погіршують функціональні здатності хворого і, по можливості, виключити їх.

До відомих факторів, що підсилює симптоми деменції, відносяться:

- незнайомі місця;
- перебування на самоті протягом тривалого часу;
- надмірна кількість зовнішніх стимулів і подразників (наприклад, зустрічі з великим числом незнайомих людей);
- темрява (необхідно відповідне освітлення навіть в нічний час);
- всі інфекційні захворювання (найчастіше - інфекції сечовивідних шляхів);
- оперативні втручання і наркоз застосовують лише за абсолютними показаннями;
- спекотна погода (перегрівання, втрата рідини);
- прийом великої кількості лікарських препаратів.

Деменція викликана цілим рядом захворювань, які призводять до пошкодження головного мозку. Ці захворювання викликають пошкодження або руйнування нервових клітин головного мозку.

Розрізняють такі форми деменції:

- **хвороба Альцгеймера** – найбільш поширена форма деменції, нейродегенеративне захворювання, вперше описане в 1907 році німецьким психіатром Алоїсом Альцгеймером. Виявляється у людей старше 65 років.

Найбільш часто на ранніх стадіях розпізнається розлад короткочасної пам'яті, наприклад, нездатність згадати недавно отриману інформацію.

З розвитком хвороби відбувається втрата довготривалої пам'яті, виникають порушення мови та когнітивних функцій, людина втрачає здатність орієнтуватися та доглядати за собою. Поступова втрата функцій організму веде до смерті.

Симптоми етапів розвитку хвороби Альцгеймера:

- збій у роботі логічного апарату;
 - ураження області відповідальної за емоції;
 - не зрозумілі перепади настрою;
 - галюцинації;
 - виникнення параної;
 - розлади довготривалою пам'яті;
 - руйнування центрів регуляції серцевої та дихальної активності;
 - смерть.
- **судинна деменція** виникає при пошкодженні кровоносних судин, збоїв постачання мозку киснем, в результаті чого клітини мозку вмирають.

Симптоми судинної деменції можуть виникати або раптово, після інсульту, або з часом, через серію невеликих ударів. Судинна деменція складає 20%-30% всіх випадків деменції.

Основний симптом – порушення пам'яті та загострення деяких рис характеру;

- **деменція з тільцями Леві** схожа на хворобу Альцгеймера в тому, що вона викликана дегенерацією і загибеллю нервових клітин у головному мозку.

Вона отримала свою назву від ненормальних відкладень білка-

тіла Леві у нервових клітинах мозку. На неї може припадати близько 10% всіх випадків деменції.

У половини або більше людей з хворобою тіла Леві також розвиваються ознаки та симптоми хвороби Паркінсона.

- **при лобово-скроневої деменції**, включаючи хворобу Піка, пошкодження, зазвичай, зосереджено в передній частині мозку. Особистість і поведінка спочатку більш порушені, ніж пам'ять.

Ознаки та симптоми, пов'язані з деменцією, проходять три стадії розвитку:

- ❶ рання стадія - перші рік або два-незважаючи на значні порушення інтелектуальної сфери, зберігається критичне ставлення пацієнта до власного стану;
- ❷ середня стадія - з другого по четвертий або п'ятий роки присутні більш грубі інтелектуальні порушення та знижено критичне сприйняття захворювання;
- ❸ пізня стадія - п'ятий рік та подальші роки -відбувається повний розпад особистості. Такі люди часто не можуть самостійно приймати їжу, дотримуватися елементарних правил гігієни і т.д.

ПОРАДИ ДЛЯ ОСІБ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ З ХВОРИМИ: «ЯК СЕБЕ ПОВОДИТИ - ПРОДОВЖУВАТИ СПІЛКУВАТИСЯ!»:

- ⇒ важливо продовжувати говорити з ними, обмінюватися думками;
- ⇒ чим раніше ви почнете говорити про деменцію та її вплив на вас і людини з деменцією, тим краще;
- ⇒ поговоріть про зміни, що відбуваються зараз і про тому, що може статися в майбутньому;
- ⇒ залишайтеся на зв'язку з ними і обговорюйте зміни, які

можуть статися з часом;

- ⇒ використовуйте прості речення;
- ⇒ намагайтеся контролювати свої почуття.

Основні принципи спілкування:

- ⇒ ніколи не суперечити;
- ⇒ орієнтуватися на почуття і емоції, а не на слова;
- ⇒ розмовляти спокійно і шанобливо;
- ⇒ питання слід задавати зі словами «хто-що», «де-коли-як»;
- ⇒ питання з «чому» вимагають логічного мислення, на яке не завжди здатні люди з деменцією;
- ⇒ розмовляти «очі в очі»;
- ⇒ давати час на обробку інформації;
- ⇒ одне речення = одна ідея / думка;
- ⇒ використовувати невербальне спілкування і підтримувати слова мімікою, жестами, інтонацією;

Як відрізнити звичайну старість від хвороби Альцгеймера (див. табл.2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Як відрізнити звичайну старість від хвороби Альцгеймера

Варіант норми	Симптоми хвороби Альцгеймера
Залишити каструлю на плиті	Забути приготувати обід
Не підібрати підходяще слово, яке крутиться у голові	Вимовляти малозрозумілі фрази, де одні слова підміняються іншими, невідповідними
Не згадати назву вулиці, на якій живе хтось із родичів чи друзів	Загубитися на вулиці, де прожив довгі роки

Забути один приклад із таблиці множення	Перестати розуміти числа та забути правила додавання та віднімання
Не пам'ятати, куди поклав ключі від машини	Забути, що у тебе є машина
Короткочасні епізоди перепадів настрою та депресії	Стійкі зміни у характері, підозрілість, безпідставні звинувачення в заподіянні шкоди

- **хвороба Паркінсона** – повільно прогресуюче хронічне неврологічне захворювання, притаманне особам літнього віку. Відноситься до дегенеративних захворювань екстрапірамідної моторної системи.

Симптоми захворювання:

- *м'язова скутість і слабкість*, погана рухомість;
- *тремтіння кінцівок*, особливо при спробі що-небудь зробити руками або піти. Посилюється від емоційної напруги і підвищеної уваги. Під час сну тремор зникає.
- *порушується постава* - сутулість. Хворий нахилиється вперед, перш ніж зробити крок, і пересувається дрібними швидкими кроками, човгає ногами при ходьбі і іноді не встигає зупинитися у тій цілі, до якої йде.
- *порушується рівновага*. Через це хворий часто падає. При падінні він не встигає попередити удари, так як не встигає спрацювати захисна реакція.
- *важкість жування та ковтання, слинотеча*;
- *затримка сечовипускання, запори*;
- *мова тиха і монотонна; байдужий вираз обличчя*;
- *потрібно чимало зусиль і концентрації уваги, щоб виконати*

- *найпростіше завдання* (зробити кілька кроків);
- *зміна почерку*. Зменшуються розміри букв, порушується чіткість їх написання;
- *змінюється характер*: періоди апатії і байдужості до оточуючого змінюються спалахами роздратування і досади з приводу власної безпорадності;
- *часті зміни настрою*, дратівливість, плаксивість, депресія, поява суїцидальних думок і дій;
- на пізніх стадіях *можливий розвиток психозу* з появою галюцинацій, марення.

Догляд за хворим з Паркінсоном:

- ⇒ психологічна підтримка, терпляче і м'яке звернення;
- ⇒ підтримка фізичної активності шляхом заняття лікувальною фізкультурою;
- ⇒ забезпечення безпеки;
- ⇒ повноцінне харчування;
- ⇒ посиljena рухова активність;
- ⇒ збереження трудової активності та соціальних контактів;
- ⇒ частий відпочинок, який попереджає сильну втому і відчуття безсилля;
- ⇒ не квапити і не хвилювати. Симптоми хвороби посилюються, якщо людина хвилюється або поспішає виконати який-небудь рух;
- ⇒ для розслаблення м'язів - тепла ванни;
- ⇒ контроль за регулярністю фізіологічних відправлень;
- ⇒ рекомендується ранковий прийом ліків в ліжку до підйому;
- ⇒ допомога вранці при вставанні з ліжка (скутість, розбитість). Краще вставати в два етапи: спочатку сісти на ліжку і відпочити, потім-ставати на ноги;

- ⇒ при ходьбі необхідно нагадувати хворому про те, щоб він тримався прямо, розмахував руками, піднімав ноги і опускав спочатку на п'яту, а потім переступати на носок;
- ⇒ необхідно під час їжі нагадувати хворому продумувати процес проковтування. Наприклад, можна сказати: «Спробуйте тримати губи та зуби зімкнутими». Або: «Не змінити Вам сторону, на якій Ви жуєте, щоб одна сторона не надто втомлювалася?»;
- ⇒ пропонуйте часті прийоми їжі невеликими порціями. Їжу необхідно різати на дрібні шматочки. Зазвичай, люди з хворобою Паркінсона худнуть тому, що втомлюються перш, ніж закінчують прийом їжі. Крім того, вони можуть бентежитися через те, що насмітили на столі або їдять повільно, і можуть втратити цікавість до їжі;
- ⇒ при сильному тремтінні в руках можна використовувати пити рідину через соломинку або склянку, наповнену рідиною наполовину;
- ⇒ необхідно підтримувати людину емоційно і бути особливо терплячими з нею, коли вона щось робить сама;
- ⇒ профілактика запорів: рясне пиття і волокниста їжа (сирі фрукти і овочі);
- ⇒ контроль за регулярним медикаментозним лікуванням (антипаркінсонними препаратами).

Отже, не буває абсолютно здорових людей похилого віку - з роками «накопичуються» різні неприємні симптоми. Чим старша людина, тим складніший у неї «букет» хронічних хвороб. При правильному догляді та своєчасно проведеній підтримуючій терапії будь-яке захворювання, можна призупинити, значно поліпшивши якість життя.



2.3. Принципи здорового харчування

Однією з найважливіших умов збереження здоров'я, працездатності, запобігання передчасному старінню організму є здорове харчування. Воно допоможе вберегтися від багатьох неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних, які є основною причиною смертності в Україні та світі. Однак, як свідчить статистика, близько 75% людей похилого віку мають ті або інші порушення в харчуванні: біля 20% переїдають, а 60% (частіше чоловіки) харчуються нераціонально.

Харчування людей похилого віку має ряд особливостей у зв'язку зі зміною органів травлення і потреб старіючого організму, зниження соціальної та рухової активності людей «третього віку».

У зв'язку із зниженням інтенсивності основного обміну речовин, добова енергетична цінність харчового раціону у людей похилого віку повинна бути: для чоловіків – близько 1800-2000 ккал, для жінок – 1600-1800 ккал.

Надмірна калорійність харчування сприятиме розвитку та прогресуванню ожиріння та вікової патології (атеросклероз, гіпертонічна хвороба, діабет).

Враховуючи, що у похилому віці зменшується пристосованість організму до дії різноманітних зовнішніх чинників, варто особливо ретельно дотримуватись режиму харчування.

Чому це так важливо? Справа в тому, що з віком у крові підвищується кількість інсуліну, під його впливом глюкоза, що надходить з їжею, перетворюється на жир. А сигналів до витрати накопичених жирових запасів немає. Створюється замкнене коло: спочатку в організмі накопичуються помірні жирові запаси, а потім починається ожиріння: в огрядної людини розвивається підвищений

апетит. І в цьому головна небезпека, адже зайве накопичення жиру провокує появу головних недуг старіння: атеросклерозу, діабету, подагри, хвороб печінки та нирок і як наслідок - скорочення тривалості життя на 6-10 років.

І хоча раціон кожної людини може відрізнятися залежно від її індивідуальних потреб, стилю життя, рівня фізичної активності, основи здорового харчування однакові для людей всіх вікових категорій, а для людей похилого віку є особливо важливими.

Вагоме значення має режим харчування: прийом їжі 5-6 разів на день в невеликій кількості і не пізніше, ніж за дві години до сну. Це дозволяє уникати збільшенні маси тіла, перевантаження старіючих органів травлення і пов'язаних з цим диспепсичних явищ.

Розподілити добову калорійність раціону при 5-кратному харчуванні рекомендується наступний *розподіл калорійності денного раціону за прийомами їжі*:

- перший сніданок - 20%,
- другий сніданок - 10-15%,
- обід - 35%,
- полуденок - 10%,
- вечеря - 20%

Організм людей похилого віку чутливий до дефіциту води. Потреба у воді задовольняється наступним чином: 400 мл рідини утворюється в організмі внаслідок обмінних процесів, 700 мл присутні у продуктах харчування (фрукти, овочі, м'який сир, м'ясо, риба, хліб), вільної рідини повинно бути не менше 1,5 л (вода, соки, молоко, суп, чай, кава). Воду краще вживати свіжу джерельну або слабо мінералізовані лікувально-столові води різного складу.

Отже, загальна кількість споживаної рідини в день - 1,0-1,5 л за умови збереження нормальних показників водного балансу. З напоїв варто виключити міцну каву та чай, рекомендуються трав'яні чаї, настої шипшини і т. д.

Основні правила здорового харчування, дотримання яких допоможе уникнути додаткових ризиків для здоров'я:

- ⇒ *контролювати енергетичну цінність харчового раціону*, вона повинна відповідати фактичним енерговитратам організму, що у поєднанні з щоденною фізичною активністю запобігатиме надлишковій масі тіла та ожирінню;
- ⇒ *їсти різноманітну їжу*, надавати перевагу продуктам рослинного походження;
- ⇒ *їсти складні вуглеводи* (цільнозернові, крупи) кілька разів на день;
- ⇒ *їсти щонайменше 400 г фруктів і овочів щодня*, обирати переважно свіжі, сезонні та місцеві;
- ⇒ *контролювати вживання жирів*, вони повинні становити не більше 30% денного раціону, замінювати тваринні жири на рослинні;
- ⇒ *замінювати м'ясо та м'ясні продукти з високим вмістом жиру* на бобові, рибу, м'ясо птиці і нежирне м'ясо;
- ⇒ *вживати молоко та молочні продукти з низьким вмістом жиру*;
- ⇒ *обирати продукти з низьким вмістом цукру*;
- ⇒ *вживати менше солі*. Загальна кількість солі у день не повинна перевищувати одну чайну ложку (5 г).
- ⇒ *готувати їжу безпечно*: запікати, проварювати, готувати на пару.

Разом з тим харчування людей похилого віку має свої особливості.

Раціон повинен бути максимально збалансованим за вмістом білків, жирів, вуглеводів, вітамінів та мінеральних речовин.

Так, надзвичайно важливо знизити загальну кількість жирів, що надходять з їжею, особливо тих, які входять до складу м'ясних та молочних продуктів. Із загальної кількості жиру біля 30 г повинні

складати рослинні олії, які є джерелом поліненасичених жирних кислот. Більш високим вмістом, у порівнянні із соняшниковою, відрізняються олії з льону, гарбуза, коноплі та оливкова.

Для профілактики атеросклерозу, хвороби Альцгеймера, онкологічної патології, покращення імунного статусу організму у раціон слід включати Омега-3 жирні кислоти, що містяться переважно у морській рибі (сардина, тунець, скумбрія, лосось), а також в льоні, соєвих бобах та волоських горіхах.

Зменшуючи кількість їжі і калорійність раціону, *не можна обмежувати споживання білків*. Людям похилого віку в якості джерел білка рекомендовано вживати нежирні молочнокислі й рибні продукти, оскільки вони легше перетравлюються та краще засвоюються.

У раціон корисно вводити таке джерело білків як творог, що містить порівняно велику кількість корисного для обмінних процесів метіоніну. Курячі яйця мають найкращий, близький до оптимального, амінокислотний склад білків, тому 2-3 рази на тиждень їх корисно включати в меню у вигляді омлету. Джерелами рослинних білків служать крупи та бобові (соя, горох, квасоля).

Вміст вуглеводів у раціоні харчування також не повинен зменшуватись, але їх джерелом повинні бути не цукор та хлібобулочні вироби, а вуглеводи, що містяться в цільнозернових культурах, крупах (гречана каша, коричневий рис тощо), овочах та несолодких фруктах.

Мінеральні речовини (кальцій, фосфор, магній, залізо, цинк, йод, селен) відіграють важливу роль у харчуванні людини – кальцій допомагає підтримувати здорові кістки, магній зберігає серце здоровим, залізо підтримує вміст в крові гемоглобіну тощо. Тому вміст в раціоні мінеральних речовин не повинен зменшуватись, а вікова потреба в таких речовинах як кальцій та цинк навіть збільшується.

Потреба кальцію настільки важлива, що у разі його недостатньої кількості, організм починає адсорбувати його з кісток. Це призводить до остеопорозу, наслідком якого є зниження міцності

кісток та підвищення ризику травм через переломи кісток. Тому у раціоні щоденно повинні бути харчові продукти, багаті на кальцій, головним чином молочні продукти (сир, кефір, йогурт), а також зелень та зелені овочі.

Цинк потрібен для роботи імунної системи, регуляції роботи мозку, сприяє загоєнню ран, збереженню психічного здоров'я і підтримці психоемоційного стану, покращує кровообіг, стабілізує артеріальний тиск.

Достатнє споживання цинку сповільнює пов'язані з віком хронічні хвороби, остеоартрит, остеопороз, дегенерацію сітківки ока та розвиток катаракти. До харчових продуктів, в яких міститься даний елемент, відносять м'ясо (курка, індичка), жовтки яєць; бобові культури (сочевиця, нут, квасоля), горіхи різних видів і насіння гарбуза, цільнозернові культури (овес, коричневий рис), деякі овочі (буряк, броколі, спаржа, горох), молочні продукти (сир, йогурт, молоко).

Щодо забезпечення раціонів харчування вітамінами необхідно зазначити, що люди похилого віку *потребують підвищеної кількості вітамінів* у зв'язку із погіршеним всмоктуванням їх у шлунково-кишковому тракті. Додаткова потреба повинна бути підвищена за рахунок в першу чергу вітамінів С, Д, Е та вітамінів групи В.

Вітамін С покращує обмін речовин, підтримує міцність та еластичність стінок кровоносних судин, підвищує імунітет, володіє антиоксидантними властивостями та запобігає захворюванню на рак, бере участь у виробленні колагену, який надає шкірі пружність та еластичність. Цей вітамін знаходиться у великій кількості в цитрусових, квашеній капусті, болгарському перці.

Вітамін Д покращує фосфорно-кальцієвий обмін, необхідний для профілактики остеопорозу та його ускладнень – патологічних переломів. Даний вітамін захищає від таких хвороб як розсіяний склероз, діабет 2 типу, онкопатологія.

Цей вітамін міститься у яйцях, молочних продуктах, риб'ячому жирі. **Вітамін Е** має виражені антиоксидантні властивості, міститься в рослинних оліях. **Вітаміни групи В (В1, В6, В12)** відповідають за обмін білків, жирів та глюкози, адекватну роботу центральної та периферійної нервових систем, містяться в рибі, м'ясі, цільнозернових продуктах, овочах, бобових – вітамін В6, зеленому горошку, яйцях, печінці, квасолі, горіхах, гречці, коричневому рисі – вітамін В1, яйцях, йогуртах, молоці – вітамін В12.

З роками робота травної системи людини сповільнюється. Стінки шлунково-кишкового тракту з'якшуються, а скорочення стають повільнішими і слабшими, що може призвести до запору. Тому необхідно вживати в їжу продукти, багаті клітковиною, – горіхи, висівки, цільнозерновий хліб та макарони, коричневий рис, фрукти та овочі.

Крім раціонального харчування не потрібно забувати про ще один, не менш важливий, надійний засіб профілактики – *активний руховий режим*. Варто взяти за правило влаштовувати щоденні прогулянки на свіжому повітрі улюбленими місцями, давати роботу м'язам і порцію позитиву душі.

Отже, *профілактика ускладнень травлення в старості*: багато клітковини; фізична активність; гігієна порожнини рота; вода; обмеження прийому ліків від закрепи.

Тобто для уповільнення старіння та покращення якості життя люди похилого віку повинні дотримуватись основ здорового харчування.

РОЗДІЛ 3 ПАЛІАТИВНИЙ ДОГЛЯД ЗА ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ



3.1. Загальні підходи до паліативної допомоги

Паліативний пацієнт – це особа з обмеженим прогнозом життя, яка страждає на прогресуючі захворювання, що не піддаються вилікуванню та супроводжуються сильно вираженим больовим синдромом й складними розладами життєдіяльності.

В такому стані пацієнт потребує комплексної послуги, яка б об'єднала медичну допомогу, догляд вдома та психологічний супровід й підтримку священника відповідної релігійної конфесії.



Слід розрізняти поняття «пацієнт» та «хворий».

Пацієнт у сфері паліативної допомоги –

це означення правового статусу людини, який вона отримує, коли звертається за медичною допомогою.

Статус «хворого» людина отримує через біологічне визначення стану свого здоров'я, яке характеризується відхиленням від норми, що перешкоджає нормальному функціонуванню організму в цілому.

Паліативні хвороби найчастіше стосуються онкологічних захворювань, туберкульозу, важких хронічних захворювань (цукровий діабет, хвороба нирок та печінки), хвороби Альцгеймера, деменції, епілепсії, ускладненої судинної патології (інсульт, інфаркт) тощо.

Паліативна допомога визнана правом людини і найважливішим компонентом комплексних, орієнтованих на людей соціально-медичних послуг. Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я

про паліативну допомогу (Резолюція 67.19, 2014) закликає до того, щоб *паліативна допомога «надавалася протягом усього періоду життя» і визнає, що ця підтримка має велике значення для організації гідного життя без болю та достатнього комфорту з метою збереження людської гідності в складних умовах, пов'язаних із невиліковною хворобою та специфікою протікання й переживання неминучої втрати.*

Також (в цьому документі) зазначається, що паліативна допомога повинна розглядатися як *«повний спектр якісних соціально-медичних послуг: від напрямків діяльності щодо зміцнення здоров'я до профілактики, лікування та реабілітації протягом усього життя пацієнтів».*

Загалом, базова концепція у сфері паліативної допомоги опирається на тезу про обов'язкове сприйняття пацієнта як холистичної (цілісної) особистості незалежно від стадії хвороби та прогнозів, яка має право на гідне життя, необхідне обезболення та повагу до свого стану. Все це повинно відбуватися не тільки на рівні конкретного медичного закладу, але й потребує впровадження відповідної державної політики щодо розбудови паліативної мережі та формування позиції громадянського суспільства у цій сфері.

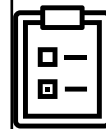
Наразі чітко окреслені **принципи надання паліативної допомоги**, впровадження яких забезпечує покращення перебування пацієнтів під медичним та громадським контролем. Зокрема, йдеться про:

- *принцип доступності* (рівні можливості доступу усіх пацієнтів до медичних/соціальних закладів без обмежень, незалежно від клінічних показань хвороби);
- *надання якісних послуг* відповідно до медичних протоколів, стандартів послуг та вимог з боку пацієнтів;
- *безперервність та наступність* паліативної допомоги (отримання необхідної підтримки гарантується впродовж усього періоду життя з врахуванням

фізичного стану пацієнта й стадії хвороби);

- *етичне та гуманне ставлення до пацієнтів й членів їх родин, формування толерантного ставлення з боку суспільства.*

На сучасному етапі зроблено необхідні кроки для створення *системи комплексної паліативної допомоги*, незалежно від нозології паліативних хворих. Зокрема, в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я чітко прописано, як слід визначати поняття «паліативна допомога» та основні напрямки діяльності й організації допомоги.




Головний підхід, який є базовим та універсальним для усіх зацікавлених організацій світу, опирається на тезу, що *паліативна допомога це «полегшення страждань для паліативних осіб та їх родин, котрі стикаються з небезпечними для життя хворобами і потребують значних зусиль для їх вирішення та підтримки»*

Відповідно, даний підхід дозволяє не тільки проводити лікування без болю, але й надавати психосоціальну та духовну підтримку пацієнтів щоб забезпечити гідну якість життя.

Умови розвитку паліативної допомоги: відповідна державна політика та стратегія, доступність знеболення та інших, життєво необхідних ліків, професійна освіта фахівців та створення практичної моделі роботи з паліативними хворими в залежності від стадії хвороби та місця перебування.

Медичні послуги з паліативної допомоги



повинні бути доступні цілодобово. Паліативну допомогу можна отримувати з моменту встановлення діагнозу, що дозволяє пацієнтам з небезпечними для життя захворюваннями та їх сім'ям скористатися комплексним, орієнтованим на людину підходом, спрямованим на індивідуальні потреби та контроль болю й полегшення супроводжуваних симптомів


Існує кілька базових документів ВООЗ щодо надання паліативної допомоги для різних вікових груп пацієнтів, серед яких практичні рекомендації від Європейського бюро ВООЗ про вдосконалення паліативної допомоги для людей похилого віку (2005, Elizabeth Davies, Irene J.Higginson) та Настанова «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі / Європейська Асоціація паліативної допомоги» (2009, 2010).

У нашій країні цей процес регулюється наказом «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» (Наказ Міністерства охорони здоров'я, 2020), де описано Порядок надання паліативної допомоги, зазначено паліативні структури, основні терміни, завдання, принципи, складові паліативної допомоги та особливості організації.


Щодо інших вітчизняних документів, то на рівні закладів охорони здоров'я діє Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі (Міністерство охорони здоров'я, 2012), де надано перелік усіх користувачів клінічного протоколу, означено мету, стандарти роботи та мережу паліативних закладів.

Памятка для соціальних робітників

Якщо пацієнт має потребу отримання послуги догляду вдома, то до співпраці можна залучати:

- 
1. амбулаторії (центри сімейної медицини, поліклініки, сільські амбулаторії), де працюють лікарі загальної практики/ сімейні лікарі
 2. медичні заклади первинного рівня, які проводять «діагностику ступеню больового синдрому за допомогою медичного та немедикаментозного втручання» та приймають остаточне рішення щодо госпіталізації пацієнта (лікарі загальної практики)
 3. виїзну (мобільну) бригаду фахівців для надання паліативної медичної допомоги пацієнтам в домашніх умовах (лікар, медична сестра, психолог, соціальний працівник), яку на практиці називають мультидисциплінарною командою

Особлива роль у процесі надання паліативної допомоги покладена на мультидисциплінарну команду, оскільки вона створюється для оперативного втручання й полегшення страждань паліативних хворих. Доволі часто її склад може збільшуватися, коли вже до означеного кола фахівців долучаються соціальні робітники, волонтери, юристи та священники.



Сучасна паліативна допомога вимагає від членів команди глибоких знань в різних галузях клінічної медицини, фармакології та психології, соціальної роботи, володіння навичками спілкування, емпатії та вміння працювати в команді, досвід роботи волонтерами

Важливо, що усі члени команди не тільки професійно виконують свої обов'язки, але й *сповідують філософський принцип*: по перше, догляд за помираючим пацієнтом має бути якісним та бездоганним, а по друге, *в центрі їхньої уваги не хвороба*, а сама людина зі своїм внутрішнім світом, спогадами й мріями.

Функції усіх членів команди різносторонні, що зумовлено потребою надання якісної комплексної послуги, до якої входить:

- раннє виявлення й правильне діагностування хвороби, симптомів болю та розладів життєдіяльності,
- проведення адекватних лікувальних заходів
- організація послуги догляду та надання соціальної допомоги
- підтримка з боку психолога чи священника (за необхідності).

Основні функції соціальних робітників: оцінка проблем та потреб пацієнтів та їх родин, участь в командній взаємодії, забезпечення дружнього спілкування з пацієнтом та його родиною з метою зменшення депресії та інших негативних станів; організація соціальних послуг відповідно до потреб; залучення необхідних ресурсів для організації допомоги; підготовка волонтерів тощо.

Функції координатора у команді (може виконувати соціальний працівник): формує командні зв'язки між волонтерами та пацієнтами/піклувальниками, між лікарнею та асоціацією паліативної допомоги (або громадою).

Волонтерська допомога: важливе значення у здійсненні паліативного догляду відводиться діяльності волонтерів.

Європейська асоціація паліативної допомоги визначає певні вимоги до їх залучення: місцева асоціація паліативної допомоги (або громада) повинна забезпечувати навчання робітників-волонтерів,

керувати їх роботою та визнавати їх повноваження.

Навчання визначається як абсолютно необхідне й потребує ретельного відбору осіб до роботи волонтерами.



У міждисциплінарній команді волонтери не виконують ролі заступників будь якого члена команди, але лише доповнюють їх роботу

Для успішного процесу взаємодії волонтерів та паліативних пацієнтів необхідно дотримуватися певних умов, які пов'язані із налагодженням правильної системи координаційної роботи з волонтерами з боку членів мультидисциплінарної команди, соціальних закладів, громадських організацій чи медичних закладів.

Щодо роботи у команді, то взаємодія з волонтерами покладена на одного із членів команди у якості координатора. Найкраще, якщо це буде соціальний працівник (робітник) або медсестра, який на час цієї діяльності звільняється від основної роботи або навпаки, поєднує з професійними завданнями (відповідно до посадових обов'язків).

Робота координатора потребує лідерських здібностей, здатності до активної комунікації й спілкування з великою кількістю осіб, емпатії й професіоналізму.

Також важливо розібратися, які саме волонтери потрібні для надання паліативної допомоги, що допоможе їм максимально швидко включитися в командну роботу.



Найкращим варіантом може стати залучення студентської молоді з медичних факультетів, кафедр психології чи соціальної роботи. Іншою свідомою і активною групою волонтерів є доросле населення, зокрема, люди похилого віку. Доволі часто саме цю групу називають як «волонтери 50+»

Усі волонтери потребують спеціальної підготовки, їм важливо навчитися справлятися з власними стресами та психічним навантаженням, які можуть виникати у процесі взаємодії з пацієнтами чи їх рідними.

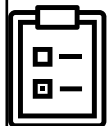
Процес підготовки є універсальним, оскільки базується на філософії безумовного прийняття людини (на основі клієнт-центрованої терапії американського психотерапевта Карла Роджерса), незалежно від нозології (хвороби), віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання тощо.



Члени команди об'єднані спільною метою, цінностями, підходами до виконання завдань та функцій; чітко визначеними командними ролями та взаємною відповідальністю

Якщо перебування вдома для пацієнта стає проблемним, то лікар загальної практики/сімейний лікар приймає рішення щодо направлення пацієнта в стаціонарний медичний заклад або в хоспіс для вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги (Уніфікований протокол, 2012).

Бувають випадки, коли пацієнт потребує паліативної допомоги в період, коли смерть неминуча і яка може статися протягом кількох днів або, навіть, кількох годин. Тоді мова йде про необхідність надання *термінальної допомоги*, як частини паліативної допомоги.



Мета надання термінальної допомоги –
максимально зменшити страждання й фізичну біль пацієнта та заспокоїти членів родини, підготувати їх до найбільш складних психологічних наслідків, пов'язаних з конечністю буття близької людини та прийняттям ситуації загалом

У пацієнтів, які знаходяться на *термінальній стадії* хвороби, негативні фізичні симптоми можуть посилюватися та, відповідно, супроводжуватися зміною пріоритетів у спілкуванні, погіршенням емоційного стану й не прийняттям неминучості смерті.

Одночасно, родичі паліативного хворого не завжди готові змиритися з втратою близької людини через смертельну хворобу та потребують допомоги щоб по іншому подивитися на ситуацію, переосмислити та прийняти її у майбутньому.



Перебування паліативного пацієнта на термінальній стадії хвороби не можливо оминути, тому членам команди потрібно вчасно надавати необхідну підтримку як самому пацієнту, так й членам його родини, на усіх етапах прийняття неминучості смерті.
Ці етапи символічно об'єднані в модель та детально описані американською дослідницею Елізабет Кюблер-Росс у книзі «Про смерть та вмирання» (1969)

Йдеться про те, що паліативні пацієнти та їх родичі проходять через п'ять обов'язкових стадій прийняття смерті:

<i>1 етап</i> ЗАПЕРЕЧЕННЯ	<i>2 етап</i> ГНІВ	<i>3 етап</i> ТОРГУВАННЯ	<i>4 етап</i> ДЕПРЕСІЯ	<i>5 етап</i> ПРИЙНЯТТЯ НЕМИНУЧОГО
-------------------------------------	------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--

Стадія заперечення може тривати кілька хвилин чи кілька тижнів або навіть, років. Це залежить від самої людини та її оточення, але у більшості випадків, середній період триває до двох місяців. На цьому етапі важливо щоб з пацієнтом працювали психологи чи психотерапевти, оскільки справитися самостійно доволі важко.

На стадії гніву пацієнту потрібно надавати підтримку, яка б

відволікала від неприємних думок, вгамовувала гнів, агресію чи іншу напругу. Для цього часто використовують прогулянки, малювання, перегляд фільмів тощо. Ця стадія протікає швидше за інші й може затягнутися тільки в поодиноких випадках.

Стадія торгування характеризується тим, що пацієнт намагається щось змінити в стосунках з рідними/друзями. Бувають випадки, коли вони починають кардинально переглянути ставлення до свого лікування, проводити консультації з різними експертами та особами, які мали схожу проблему, тощо.

Пацієнт починає вірити, що така діяльність дійсно може покращити його стан та допомогти повністю вилікуватися.

Деякі паліативні пацієнти *обирають релігію* як спосіб бути ближчими до культових місць щоб отримати підтримку під час служінь чи релігійних свят.

Такий стан може тривати кілька тижнів або, як й у попередній стадії, може затягуватися на невизначений період. *Важливо знати, що на цьому етапі від оточення пацієнта майже нічого не залежить.* Людина має сама за підтримки психолога чи священника зрозуміти неминучість кінечності свого буття та прийняти цю ситуацію.

Якщо цього не відбувається, то пацієнт переходить на **стадію депресії**. Фахівці, які долучаються до паліативної допомоги, вважають цю стадію (депресію) *однією із затяжних та складних для вирішення.*

Як правило, на цій стадії пацієнти свідомо замикаються в собі, самоізолюються та багато страждають. Як крайні дії – пацієнти можуть почати палити, заїдати своє горе чи вживати алкоголь, шукати виходу в різній езотиричній літературі чи в нетрадиційній медицині.



Самостійно з цим станом пацієнт не може справитися, йому потрібна підтримка мультидисциплінарної команди та, з боку родини чи інших близьких осіб, які є значимі для нього

Якщо команда спрацює ефективно, то пацієнт починає мислити раціонально та приймати ситуацію, що сталася. Тобто настає **стадія прийняття**. Це допомагає змінити внутрішні установки, покращити настрій та налаштуватися на процес лікування й паліативної підтримки.

Саме в цей період, для членів *мультидисциплінарної команди* найчастіше постає питання як діяти далі та, як має виглядати паліативна допомога для пацієнта та його родичів не тільки до, але й після смерті. Особливо, якщо члени родини пацієнта перебувають у стані кризи та не готові до втрати близької людини.

На цьому етапі прийняття вони потребують особливого такту, розуміння та підтримки з боку всіх, хто дотичний до процесу паліативної допомоги.

Не тільки лікарі, але й соціальні робітники/психологи/представники духовенства повинні звертати увагу на склад сім'ї пацієнта, їхнє включення/виключення в ситуацію з пацієнтом, оскільки це має велике значення для успішної взаємодії.

Бажано щоб пацієнт та його рідні мали приблизно однакову інформацію про хворобу, знали прогнози щодо її протікання й були готові до погіршення стану та можливої смерті. Це допоможе мобілізувати необхідні ресурси для підтримки, забезпечити задовільний фізичний стан та покращити настрій пацієнта у цілому.



Медичний заклад, який надає паліативну допомогу має забезпечити цілодобовий контактний номер для консультування пацієнтів та членів їх родин та забезпечувати кисневу або респіраторну підтримку пацієнтів

Мультидисциплінарна команда має відвідувати пацієнта за потреби та контактувати з ним віддалено не менше, ніж раз раз на тиждень

Інформування пацієнтів та членів їх родин є базовою умовою для здійснення успішної паліативної підтримки. Мова йде про право пацієнта бути поінформованим про своє захворювання, можливі методи лікування, ймовірні результати та існуючі можливості й місця надання допомоги тощо. Цю функцію покладено на усіх членів команди паліативної допомоги.



Які плюси мультидисциплінарного підходу?

- завчасне виявлення, точне оцінювання і лікування пацієнтів
- забезпечення цілодобовим обезболенням
- пом'якшення наслідків високої вартості лікування, через хворобу або інвалідність пацієнтів
- забезпечення паліативної допомоги на усіх рівнях системи охорони здоров'я (первинному, вторинному та третинному)
- соціальний супровід пацієнтів та членів їх родин протягом усього часу хвороби та після його втрати в домашніх умовах/за іншим місцем перебування
- залучення представників громадянського суспільства (громадські та благодійні організації) й волонтерів до процесу надання паліативної допомоги

Мережа паліативних закладів

Слід брати до уваги, що пацієнти не обов'язково мають бути у лікарні, вони можуть отримувати паліативну допомогу вдома чи в іншому місці перебування. Стаціонар, як правило, потрібен для здійснення коригувальної підтримувальної терапії протягом 7-14 днів. Після цього пацієнт (за бажанням чи погодженням з лікарем) може повернутися додому під нагляд та патронаж різних служб, які залучаються до надання паліативної допомоги.

Центри соціальних служб

Значна роль у цьому процесі відводиться центрам соціальних служб, які надають послуги відповідно до Класифікатора соціальних послуг (Наказ Міністерства соціальної політики, 2020). Якщо пацієнти не здатні до самообслуговування та потребують постійної сторонньої допомоги, то вони мають право на отримання соціальної послуги з паліативного догляду.

Таку послугу розглядають як комплекс заходів, необхідних для забезпечення життєдіяльності й самостійного функціонування, які формуються на основі оцінки потреб пацієнтів.

Необхідно зазначити, що саме ця послуга може надаватися за різними варіантами, в залежності від спроможності пацієнта та членів його родини: в приміщенні надавача послуги (центру соціальних служб) або за місцем проживання клієнта (Державний стандарт надання, Міністерство соціальної політики, 2016).

Окрім цієї послуги пацієнти можуть отримувати послугу догляду вдома (Державний стандарт догляду вдома зі змінами, Наказ Міністерства соціальної політики, 2021).



Важливо знати, що ці послуги можуть надаватися не тільки безоплатно (за рахунок державних бюджетних коштів), але й на платній основі. Усі деталі розписані у Державному стандарті та пов'язані з формальною процедурою оформлення на основі документів пацієнта про соціальний стан, фінансові ресурси та статус через хворобу

Амбулаторні умови: кабінети загальної паліативної допомоги за місцем перебування

В амбулаторних умовах (за місцем проживання пацієнта) надається загальна паліативна допомога лікарями загальної практики/ сімейними лікарями.

Головна мета – покращення якості життя, вчасне обезболення, протидія погіршенню психосоціального стану та направлення (за потреби) виїзної бригади до пацієнта чи перенаправлення до закладів вторинного або третинного рівня.

Денний стаціонар: в умовах, що передбачають медичне спостереження та лікування в денний час

Паліативна допомога у денному стаціонарі призначена пацієнтів, які спроможні вранці приїхати до лікарні, а ввечері повернутися додому. Вони отримують увесь спектр спеціалізованої паліативної допомоги в лікарні, не перебуваючи при цьому в стаціонарному відділенні.

Хоспіси

Медичні заклади, де цілодобово перебувають важкохворі пацієнти *на термінальній стадії хвороби*.

Важливо, що доступ до пацієнтів у цих закладах відкритий для родичів, друзів та знайомих, які мають бажання надавати емоційну чи іншу ресурсну підтримку.



Хоспіси, окрім паліативної допомоги, надають психологічну, соціальну та духовну підтримку. Вони не великі за кількістю ліжок (20-25) та мають достатньо гнучку організаційну структуру, адаптовану під потреби пацієнтів

Хоспіси можуть бути організовані не тільки з боку державних органів, але й недержавними організаціями чи благодійними фондами, з врахуванням встановлених Міністерством охорони здоров'я стандартів та вимог.

У середньому, пацієнти можуть отримувати паліативну допомогу протягом кількох тижнів чи місяців, але не більше одного року.

Наразі їх кількість доволі мала, що не дозволяє охопити усіх пацієнтів похилого віку, які мають нагальну потребу перебування у цьому закладі.



3.2. Приклад паліативного догляду за людьми похилого віку (розв'язання кейсу)

Детальний опис проблемної ситуації

Оксана Петрівна, 70 років, проживає разом з онучкою (Галина), якій 28 років. Інших близьких родичів у родини не має. Після літнього відпочинку протягом 14 днів (у Закарпатті), родина повернулася до своєї квартири в м. Києві. Через короткий час (після приїзду) бабуся стала погано почуватися. Найчастіше вона відчувала слабкість, запаморочення, деколи з'являлася температура, яка не була пов'язана з простудним захворюванням, а також (час від часу) відчувала сильні головні болі.

Спочатку жінка ігнорувала свій стан та до лікаря не зверталась,

поки у неї на голові не проявилася невелика пухлина. Після візиту до лікаря було виявлено, що це лімфома, яка є різновидом злоякісної пухлини та вражає лімфатичну систему (лімфатичні вузли, селезінку, виделкову залозу, кістковий мозок). За відсутності спеціального лікування хвороба прогресує і, як будь-яке інше злоякісне захворювання, призводить до неминучої смерті.

Аби переконатися в правильності встановленого діагнозу в жінки взяли необхідні аналізи на гістологію, однак отримані дані підтвердили попередній діагноз. Спочатку лікування проводили у районній лікарні амбулаторно, в основному лікували медикаментами, від яких старенька почала набирати вагу та погано себе почувала.

Галина була постійно поряд з нею, здійснювала догляд та допомагала відвідувати медичний заклад. Дівчина не працює, має другу групу інвалідності (вроджені вади серця) та отримує невелику пенсію.

Через деякий час лікування стало зрозуміло, що існує клінічна необхідність продовження лікування в обласному онкологічному центрі для отримання хіміотерапії. Після трьох місяців лікування не вдалося досягти покращення стану здоров'я, пацієнтка втратила можливість самотійно пересуватися та постійно відчувала тяжкі болі.

Для онучки постала проблема як діяти аби бабуся не відчувала болю, була під контролем лікарів та інших спеціалістів, оскільки у процесі проведеного лікування вона емоційно та фізично виснажилася та переживає, що буде з нею, коли залишиться сама.

❶ Загальна інформація

На *термінальній стадії* життя паліативні пацієнти мають право на інформацію щодо стану свого здоров'я, опіку та патронаж, відкрите висловлення своїх почуттів (в аспекті страждання та смерті), спілкування з родиною, психологічну допомогу та духовну підтримку (згідно з релігійними переконаннями). Лікарі мають погоджувати з

ними свої рішення щодо проведення інтенсивної терапії, пов'язаної із можливістю продовження життя, полегшення больового синдрому чи застосування інших видів терапії.

Перелік лікарських засобів, які є частиною основного пакету паліативної допомоги, ґрунтується на Орієнтовному переліку основних лікарських засобів, розробленому ВООЗ для надання паліативної допомоги (2019). Доступ до знеболювання є основоположним правом людини, а держава повинна гарантувати та забезпечувати доступність основних лікарських засобів безоплатно.

Заклади паліативної допомоги *в період тяжкої втрати* повинні бути особливо уважні до потреб рідних (особливо дітей), які по іншому сприймають й переживають стан втрати, ніж дорослі. За потреби слід організувати для них консультації психолога чи психотерапевта, волонтерську підтримку та соціальний супровід з боку соціального працівника.

Медичні працівники повинні допомагати родичам розбиратися з проявами невербальної поведінки пацієнтів: міміки, поглядів, жестів, які відображають потреби. Це допоможе покращити родинну взаємодію, пов'язану з доглядом та підтримкою. Також важливо пояснювати родичам з якими труднощами вони можуть стикнутися, наприклад, втратою пацієнтом функцій ковтання, мовлення, рухової активності, висловлення думок тощо.

Соціальні робітники протягом цього періоду забезпечують вчасне отримання соціальної допомоги, яка може передбачати покриття витрат на транспорт; грошові виплати; надання продуктивних наборів та інші види допомоги.

Отримання безкоштовної паліативної допомоги здійснюється за направленням закладу охорони здоров'я, який надає пацієнту вторинну (спеціалізовану) чи третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу та з яким укладено відповідний договір про медичне обслуговування.

❷ Визначення проблем та потреб пацієнтки

Пацієнтка (бабуся) потребує створення умов для життя без болю та якісного медичного догляду з боку бригади спеціалістів. Оскільки пацієнтка лежача, то серед первинних потреб – допомога онучці при здійсненні гігієнічних процедур, якщо вони потребують спеціальних пристосувань й обладнання або медичних навичок.

Також можуть виникнути проблеми, якщо у пацієнтки є глибокі й складні рани, або мають місце складні переломи або психологічні відхилення.

Важливо аби надавалася допомога у процесі приготування їжі, закупки необхідних медикаментів, оформлення документів/виплат тощо.

Також необхідно подбати про емоційну підтримку Галини (онучки) та підготувати її до можливого негативного сценарію щодо протікання хвороби та наслідків для бабусі. Якщо виникне потреба, то організувати послугу соціального супроводу та представництва інтересів родини для оформлення документів, рецептів, лікарняних виписок тощо.

❸ Варіанти вирішення ситуації

А) направлення бабусі до медичного закладу з перебуванням в умовах стаціонарного догляду, де вона матиме змогу знаходитися цілодобово під наглядом кваліфікованих спеціалістів та отримувати належне медичне спостереження й лікування;

Б) направлення в денний стаціонар паліативного відділення, перебування в якому має певні обмеження по часу, тобто протягом робочого дня.

Така форма роботи не забезпечує постійного догляду за паліативною хворою з боку медиків та не дозволяє вчасно виявляти зміни в організмі щоб ефективно підтримувати (в залежності від

емоційного та фізичного стану). Також може виникнути проблема у Галини, оскільки щоденне відвідування закладу може зірватися через її погане самопочуття (вона особа з інвалідністю) чи складність з транспортом;

В) догляд вдома може бути складним для реалізації, оскільки бабуся проживає разом з онучкою. Дівчина (через стан свого здоров'я) не в змозі забезпечити необхідний паліативний догляд та підтримку.

Однак, якщо за місцем проживання родини (у місцевій лікарні) створено виїзну бригаду паліативної допомоги, то бабуся матиме змогу отримувати необхідний комплекс медичних послуг, психологічну підтримку та соціальний супровід у домашніх умовах, перебуваючи разом зі своєю внучкою.

Саме таку службу називають як «хоспіс вдома». Основні види допомоги можуть бути спрямовані на полегшення болю прогресуючої хвороби, психологічну підтримку не тільки паліативної хворої, але й її онучки, забезпечення максимально можливої якості життя без страху, а також всебічне комплексне лікування хвороби, а у випадку втрати – допомогу в переживанні для Галини, оскільки у такій бригаді до роботи залучають священника та психолога.

Г) Ще один вид підтримки паліативних хворих, який може бути доречним для бабусі – послуга «домашня опіка», яка надається, у більшості випадків, з боку благодійних організацій та фондів. Мета такої послуги – покращення якості життя паліативних хворих шляхом надання повного комплексу послуг з домашньої опіки.

До цієї послуги входить догляд за тілом хворої та його гігієна, медичні послуги, прибирання та інша побутова допомога, виклик лікаря додому, представництво інтересів бабусі та дівчинки в державних закладах, а при необхідності, організація волонтерської допомоги. Однак, вона може бути не зовсім ефективною для бабусі через термінальну стадію хвороби.

Д) Влаштування до лікарні «Хоспіс», де можна перебувати у двомісній палаті під наглядом мультидисциплінарної команди (лікарі та медсестра, інший медичний персонал, соціальний працівник, психолог, педагог). Лікарня може забезпечити спеціалізованою паліативною допомогою, соціально-психологічними та консультативними послугами не тільки Оксану Петрівну, але й внучку. Галина зможе бачитись з бабусею тоді, коли вона цього забажає, не матиме жодних обмежень. Тут також дозволяються прогулянки в межах лікарняного парку.

4 Рекомендації

Кожен із можливих варіантів слід проговорити з пацієнткою та її онукою, при необхідності надати консультації з боку лікарів щоб обрати найбільш оптимальне рішення, вигідне для усієї родини.

При виборі місця перебування для пацієнтки слід дотримуватися основного завдання паліативної медицини: якщо пацієнтку не можнавилікувати, то слід зробити все можливе щоб допомогти та забезпечити гідну якість життя їй та близьким, полегшити біль й страждання.

Важливо надати інформацію родині про зміст паліативної допомоги та пояснити, що це не тільки знеболення, а повноцінний вид медичної допомоги: спостереження за станом здоров'я, підтримка психологічного стану, допомога в організації правильного харчування, забезпечення умов для проведення необхідних аналізів, обстеження та після лікувальна реабілітація.

РОЗДІЛ 4 ПОБУДОВА УСПІШНОЇ КОМУНІКАЦІЇ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ



4.1. Комунікаційні компетенції у соціальній роботі

Сам термін «комунікації» походить від латинського слова «communico», що означає «роблю загальним», «поєдную».

Поняття «комунікації» має кілька значень:

- це шляхи сполучення (наприклад, повітряні або водні комунікації);
- форма зв'язку (радіо, телеграф);
- процес передачі інформації (радіо, телебачення, преса, кінематограф);
- акт спілкування, зв'язок між двома або більш індивідами, повідомлення інформації однією особою іншій.



Примітка!

Комунікація – це процес двостороннього обміну ідеями та інформацією, який веде до взаємного розуміння. Якщо не досягається взаєморозуміння, то комунікація не відбулася

Суб'єктами можуть виступати окремі особи, групи або навіть цілі організації.

За кількістю учасників комунікацію поділяють на:

- внутрішню (людина розмовляє сама з собою),
- міжособистісну (розмова між двома людьми),
- комунікацію в малих групах (трьох-п'ятеро людей),

- публічну комунікацію (аудиторія у 20-30 і більше осіб),
- організаційну (100 і більше осіб)
- масову (1000 і більше осіб).

Комунікація може бути:

- усною
- письмовою
- друкованою

Якщо усна комунікація дає можливість швидкого реагування обох сторін та передає всі нюанси особистого спілкування, то письмова та друкована здебільшого обслуговують публічну, організаційну та масову комунікацію.

Особливу роль у цьому відіграють сучасні комунікаційні системи (соціальні мережі), де «електронна» комунікація досягла майже необмежених можливостей.

Значну роль у практиці організаційних комунікацій відіграє розподіл комунікації на **вербальну та невербальну**:

- *вербальна* – це звичайне використання нами рідної чи іноземної (це байдуже) мови;
- до *невербальної* належать міміка, жести, пози, одяг, зачіска, інтонація та тембр голосу тощо.



Комунікація та інформація відмінні, але пов'язані між собою поняття. Комунікація, на відміну від інформації, включає в себе і те, «що» передається, і те, як це «що» передається

Комунікація, як структурна модель, може нагадувати двобічний потік інформації, тому важливими є елементи місце передачі інформації, повнота, зміст та форма.

Такий підхід дозволяє не тільки швидко й правильно скласти картину про предмет, який цікавить учасників, але й вибрати ділову стратегію та тактику, визначити тимчасові параметри реалізації цілей.

Функції комунікації: передача інформації; передача емоцій; обмін інформацією; контакти; взаємодія (конфлікти).

Форми комунікацій:

- відкрита (пряма);
- закрита (прихована).

Комунікативна компетентність – це складна інтегративна якість особистості, що характеризує рівень володіння знаннями та вміннями у сфері спілкування. Ефективний розвиток комунікативної компетентності бачиться у вдосконаленні всіх видів мовної діяльності через спілкування, слухання та промовляння.



Примітка! Комунікативна компетентність - здатність людини встановлювати та підтримувати необхідні контакти з іншими людьми й володіти необхідними знаннями, уміннями та навичками ефективного спілкування, що означає розуміти та бути зрозумілим для співрозмовника.

Уміння використання активного слухання є однією із найважливіших складових комунікативної компетентності.

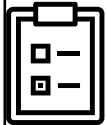
Ефективність активного слухання виявляється у постійній зацікавленості в розмові того, хто слухає, за допомогою вербалізації процесу сприйняття.

Функцією активного слухання є засвідчення того, що слова співрозмовника – не лише почуті, а й правильно інтерпретовані.

Серед основних *прийомів активного слухання* найбільш поширеними є такі:

- ⇒ уважно дивитися на співрозмовника, кивати головою;
- ⇒ переказувати те, що сказав інший, наприклад: «Якщо я правильно тебе зрозумів, то...»;
- ⇒ уточнювати, перепитувати, якщо щось видалося незрозумілим;
- ⇒ показувати співрозмовникові, що його думка є важливою, та що ви цінуєте його зусилля (звісно, коли це доречно), наприклад: «Я поважаю твоє бажання вирішити проблему»; «Радий, що ти так серйозно підійшов до цієї справи»; «Дякую за твої зусилля».

Примітка!



Активне слухання - це не просто мовчання, це активна діяльність, свосвідна робота, якій передують бажання почути та інтерес до співрозмовника. Слухаючи активно, ми проявляємо повагу, створюємо сприятливу та дружню атмосферу»

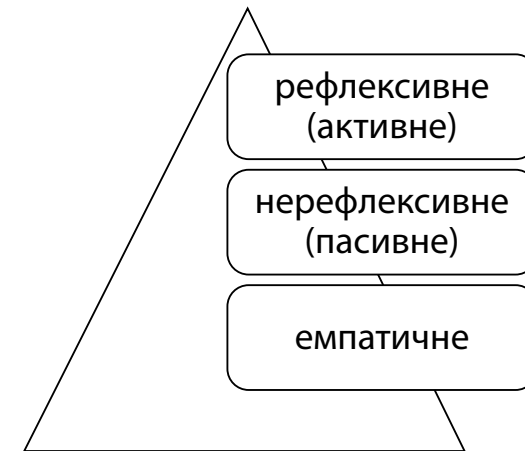
Під час слухання й реагування важливо усвідомлювати ймовірність вибіркової сприйняття, спричиненої різноманітним аспектів у будь-якому повідомленні (вербальних і невербальних), реагувати на котрі одразу неможливо.

До тих чинників, які впливають на реакцію людини на повідомлення, належать її сподівання, потреби, бажання, думки, соціальні установки та переконання.

Так, поведінка будь-якої людини залежна від того, як налаштований щодо неї співрозмовник: вороже чи позитивно. Це ж стосується сприйняття тих висловлювань, які не суперечать власним поглядам та соціальним установкам особи.

Тобто повідомлення від однієї особи, котра ставиться до іншої особи негативно або чий погляд не співпадають з переконаннями іншої, будуть тлумачитися неповно або хибно.

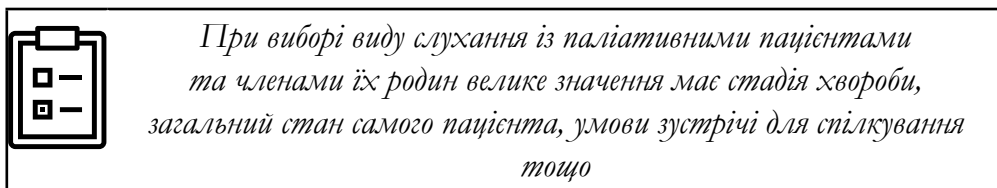
Тому при передачі інформації особлива роль відводиться видам слухання. Можна виділити наступні види слухання (мал.4.1.1):



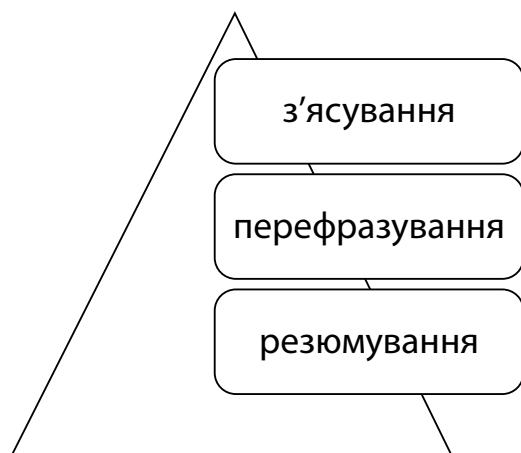
Мал. 4.1.1 Види слухання

- *емпатичне слухання* дозволяє переживати ті ж почуття, які переживає співрозмовник, відображати ці почуття, розуміти емоційний стан співрозмовника і розділяти його. При емпатичних слухання не дають порад, не прагнуть оцінити мовця, не моралізують, не критикують, не повчають;
- *нерефлексивне (пасивне) слухання* - вміння уважно мовчати, не втручаючись в мову співрозмовника своїми зауваженнями. Слухання цього виду особливо корисно тоді, коли співрозмовник проявляє такі глибокі почуття, як гнів чи горе, горить бажанням висловити свою точку зору, хоче обговорити наболілі питання. Відповіді при нерефлексивному слуханні мають бути зведені до мінімуму типу «Так!», «Ну-і-ну!», «Продовжуйте», «Цікаво» і т. д. Таке слухання передбачає тимчасову

- здачу себе співрозмовнику, свого роду капітуляцію, але допомогти зрозуміти іншу точку зору;
- *активне (рефлексивне) слухання* – вміння слухати тоді, коли ви враховуєте ситуацію, зміст розмови і емоційний стан співрозмовника.

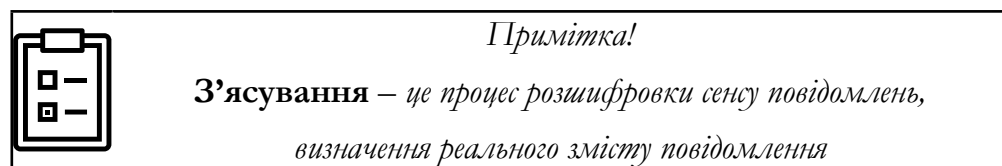


Для ефективного освоєння різних видів спілкування вивчають певні прийоми (мал.4.1.2):



Мал. 4.1.2 Прийоми активного слухання

- **З'ясування.** Активний слухач повинен запевнити промовця, що все ним промовлене буде вірно зрозуміле.



Рекомендації для успішної комунікації

- 1 Тимчасово відкинути будь-які думки, судження, почуття. Ніяких побічних думок. Оскільки швидкість мислення у чотири рази більше швидкості мови, використовуйте «вільний час» на критичний аналіз і висновки з того, що безпосередньо чуєте.
- 2 Поки ви слухаєте, не можна обдумувати подальше питання, а тим більше приводити контраргументи.
- 3 Слід сконцентрувати свою увагу тільки на тій темі, про яку йде мова. У будь-якому випадку знайомство з думкою партнера значно полегшує проведення переговорів. Партнеру надається можливість проявити себе, а це суттєво притупить гостроту його заперечень.
- 4 Щирий інтерес до людини і бажання допомогти.
- 5 Велика увага до найменших проявів емоційного стану клієнта.
- 6 Вірити в здатність людини самому ухвалити рішення і впоратися зі своєю проблемою, даючи йому час і створюючи сприятливі умови.


Користуючись прийомом з'ясування деталей розмови, треба намагатися не ставити запитань, що вимагають односкладової (типу «так», «ні») відповіді: це збиває співрозмовника, він починає відчувати, що його допитують.

Замість питання: «Це що, важко зробити?» слухачеві корисно запитати: «А наскільки вам важко це зробити?», що дає можливість співрозмовнику, до якого поставлене питання, більш детально

розкрити інформацію та подати більш зрозумілими фразами.

- **Перефразування** - універсальний прийом, який допомагає переконатися в тому, наскільки точно слухач «розшифрував» слова співрозмовника.

Перефразування допомагає й самому співрозмовнику. У нього з'являється можливість побачити, чи правильно його розуміють та за необхідності, своєчасно внести уточнення чи спростувати неправильну думку.



Примітка!

Перефразування – це власне формулювання повідомлення мовця для перевірки його точності. Перефразування можна використовувати при будь-якому форматі ділової розмови: з фахівцями чи під час спілкування з паліативними пацієнтами, членами їх родин, волонтерами тощо

Але особливо ефективний цей прийом у таких випадках:

- ⇒ під час переговорів щодо вибору місця перебування пацієнта для отримання паліативної допомоги, коли необхідно повне і точне розуміння ситуації та можливості отримати необхідне лікування, обезболення тощо;
- ⇒ в конфліктних ситуаціях (це може заспокоїти пацієнта, адже він бачить, що його слухають і намагаються зрозуміти; крім того, у нього просто не буде приводу і підстав внутрішньо вважати, що від нього відмахнулися, навіть не вникнувши в його слова);
- ⇒ коли не всі учасники розмови добре орієнтуються в предметі розмови, наприклад, щодо змісту послуги

паліативної допомоги (фахівець, який знається на цьому має підтримувати розмову та допомогти усім співрозмовникам розібратися в усіх тонкощах майбутньої взаємодії).

Одна із допоміжних технік для успішного спілкування – перефразування. **Існують певні правила**, які допомагають робити це ефективно:

- ⇒ починати розмову слід фразами типу: «Іншими словами, ви вважаєте ...». «Якщо я вас правильно зрозумів, то...», «Ви поправте мене, якщо я помилюся, але ...».
- ⇒ при перефразуванні потрібно орієнтуватися саме на сенс, зміст повідомлення, а не на емоції, якими воно супроводжується, особливо, коли пацієнт дуже засмучений або виснажений лікуванням;
- ⇒ перефразування допомагає відокремити сенс від емоцій (збудження, схвильованості, пригніченості).
- ⇒ слід вибрати головне у розмові, якщо необхідно, то слід перефразувати сказане аби пацієнту було більш зрозуміло про що йде мова; не слід боятися це робити кілька раз, важливо аби пацієнт вас зрозумів;
- ⇒ не слід перебивати співрозмовника, дочекатися, коли він зробить паузу або сам задасть питання.
- **Резюмування** принципово відрізняється від перефразування, суть якого в повторенні кожної думки співрозмовника своїми словами. При резюмуванні з цілої частини розмови виділяється тільки головна думка.

Зазвичай, розмова розпочинається фразами типу: «Таким

чином, ви вважаєте...», «Отже, ви пропонуєте...», «Якщо тепер підсумувати сказане вами, то...», «Ваша основна ідея, як я зрозумів, складається в тому, що...»



Примітка!

Резюмування - це підбиття підсумків

Суть резюмування в тому, що слухач своїми словами підводить підсумок основним думкам співрозмовника щоб уточнити чи правильно його почув

Можна вважати, що заключна фраза - це інформація в «згорнутому» вигляді, головна ідея усієї розмови.

Резюмування використовується в наступних ситуаціях:

- ⇒ в груповому обговоренні за участі членів мультидисциплінарної команди чи фахівців соціального центру, тобто коли обговорюється схожа проблема (у цьому випадку необхідно час від часу резюмувати сказане, як би завершуючи одну частину розмови і перекидаючи місток до наступної щоб досягнути мети розмови);
 - ⇒ в кінці телефонної розмови, особливо якщо слухач після бесіди повинен виконати завдання або якісь інші дії;
 - ⇒ якщо є необхідність *вказати незгоду* з іншою точкою зору, що дозволяє уникати конфлікту;
 - ⇒ коли потрібно *допомогти співрозмовнику* чітко сформулювати його думку чи ідею, зберігаючи при цьому відчуття, що до цієї думки він прийшов без допомоги інших і що це саме його думка;
- Отже, *вміння використовувати активне слухання* дозволяє

виявляти постійну зацікавленість співрозмовників за допомогою уточнення, перефразування, резюмування, та фізичних прийомів – візуального контакту, використання певних поз і жестів, а також аналізу отриманої інформації з метою вирішення різноманітних професійних завдань у процесі догляду за людьми похилого віку.

Розвинене вміння використання у спілкуванні активного слухання дозволяє правильно вибирати засоби впливу на співрозмовника, керувати цим процесом послідовно та цілеспрямовано з метою отримання оптимального результату.



4.2. Соціальна модель спілкування з людьми похилого віку

Погіршення здоров'я людей похилого віку, на жаль, доволі часто є супутником старості. Хронічні хвороби та больовий синдром доволі сильно виснажують людський організм.

Саме з віком стомлюваність та зниження фізичної активності впливають на життя людини, оскільки стає складніше думати, сприймати інформацію, приймати рішення та регулювати свої емоції.

Більшу частину свого часу люди похилого віку змушені витратити на підтримку свого здоров'я, а це зміщує фокус уваги на себе та породжує егоцентричність та неухважності до проблем оточуючих. Змінюється самооцінка, посилюється почуття невпевненості у собі, невдоволення стосунками з іншими людьми.

Такі зміни відображаються на характері спілкування. Щоб спілкування було позитивним та успішним потрібно враховувати ці зміни. В першу чергу, потрібно встановити **взаємний контакт**, який потребує певних умінь та дій:

- слухати та бути почутим іншими

- уникати негативних оцінок та критики
- перепитувати та уточнювати інформацію доти, поки людина похилого віку не зрозуміє, що його почули і правильно зрозуміли
- обговорювати її плани та уточнювати побажання
- проявляти співчуття та емпатію: «уявляю, як Вам важко одній»; «розумію, як важко, коли немає поруч дітей і близьких»;
- розділяти відповідальність і запрошувати людину похилого віку до співпраці. Слід задавати питання: «я можу чимось допомогти?» або «як ми можемо вирішити цю проблему?»;

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ФАХІВЦІВ

«Як зробити спілкування з людьми похилого віку успішними»

Насамперед, при спілкуванні з людьми похилого віку необхідно:

- ❶ *Знати про проблеми зі здоров'ям літньої людини.* Літні люди можуть мати хвороби, через які розмови і розуміння стають складніше. Переконатися про стан здоров'я людини, перш ніж переходити до спілкування з нею. Наприклад, у людини похилого віку можуть бути проблеми зі слухом, промовою чи втратою пам'яті.
- ❷ *Бути уважним до навколишнього середовища,* в якій спілкуєтеся. Слід оцінити ситуацію, в якій відбувається процес комунікації, так як вона може вплинути на проблеми зі слухом і мовою. «Є якийсь дратівливий шум навколо? У цій кімнаті розмовляє багато людей? Там грає нав'язлива музика? Чи присутні відволікаючі фактори, які можуть вплинути на спілкування?» Необхідно запитати людину похилого віку, чи

комфортно їй у даному місці. Якщо щось заважає, то слід піти у більш затишне та тихіше місце.

- ❸ *Говорити чітко та розбірливо,* дивлячись в очі, а не в інший бік. Люди похилого віку можуть мати проблеми зі слухом. Не «ковтати» слова: ворухити губами, вимовляючи кожне слово ретельно та чітко. Якщо язик «танцює» у роті, коли говорити, то артикуляція виходить більш чіткою. Якщо ж язик «пасивний», то артикуляція виходить не такою чіткою.

- ❹ *Відрегулювати гучність голосу належним чином.* Існує різниця між тим, щоб говорити голосно і проголошувати. Слід навчитися пристосовувати свій голос до потреб людини похилого віку. Необхідно оцінити ситуацію навколишнього середовища та слухові здібності людини. Не варто кричати тільки тому, що людина вас погано чує. Ставитися до неї з повагою, виголошуючи промову в комфортному рівні гучності, який підходить обом співрозмовникам.

- ❺ *Використовувати чіткі та точні запитання чи пропозиції.* Не потрібно соромитися повторити або перефразувати свої пропозиції та питання, якщо відчуваєте, що вас не розуміють. Складні питання та пропозиції можуть заплутати людину, у якої короткочасна пам'ять або проблеми зі слухом.

Більш чіткі та точні конструкції зрозуміти легше. Слід використовувати прямі запитання: «Ви їли суп на обід?», «Ви їли салат на обід?», Замість «Що ви їли на обід?». Чим точніші у своїх висловлюваннях, тим легше літній людині буде зрозуміти. Варто зробити питання та пропозиції більш легкими. Обмежити пропозиції та запитання до 20 слів або менше.

Не потрібно використовувати жаргонні слова чи фрази, а також вигуки (наприклад, «як», «ну» і «ви знаєте»). Пропозиції повинні бути короткими і по справі. Варто уникайте плутанини змішаних ідей та запитань; намагатися висловлювати свої ідеї зрозумілими словами, а запитання будувати логічно.

⑥ *Застосовувати візуальні засоби, якщо це можливо.* Якщо у людини похилого віку проблеми зі слухом або пам'яттю, важливо підійти до цього творчо. Наприклад, можливо, краще сказати: «У вас болить спина (вказуючи на спину)? Чи біль у животі (вказуючи на свій живіт)», а не просто запитати: «У вас щось болить?».

⑦ *Не поспішати, варто бути терплячими та посміхатися.* Щира посмішка показує, що ставитесь до людини похилого віку з розумінням та повагою. Також це створює доброзичливу атмосферу для спілкування. Варто не забувати робити паузу між пропозиціями та запитаннями.

Давати людині можливість зрозуміти та «переварити» інформацію і зрозуміти запитання. Це дуже важлива методика, особливо якщо людина страждає втратою пам'яті. Роблячи паузу, слід показувати, що проявляєте пошану та терпіння.

Потрібно пам'ятати, що дотики, тримання за руку та фізичне тепло найчастіше говорять більше, ніж слова. Варто враховувати культурний фон та традиції.

Слова любові та поваги значать дуже багато так, як у літньому віці люди потребують любові, турботі і повазі. Якщо людина похилого віку погоджується, то можна звернутися за допомогою до фахівця з мови і/або отоларинголога. Ці фахівці спеціалізуються на проблемах з промовою і можуть допомогти. Вони зосереджені на ясності мови і на те, наскільки добре людина чує, а не на тому, що

саме людина чує.

Пропонуємо до розгляду правила ефективного спілкування з людьми похилого віку (табл. 4.2.1)

Таблиця 4.2.1

Правила ефективного спілкування

Що робити	Від чого відмовитися
слухати один одного	продовження вчорашніх конфліктів
говорити повинен хтось один	повчання та зверхності
говорити по суті	нетерпіння, поспіху, недбалих жестів
позитивна лексика	знецінення, критиканства, рад
дотримуватися послідовності у викладі інформації	обговорення своїх проблем і особистих планів
уточнювати, якщо що то незрозуміло	від неприємних тем
дбайливо ставитися до почуттів інших	обговорення політики, релігії, важких втрат
виявляти шанобливе ставлення	
уникати перебивання говорить	
підтримувати атмосферу довіри, взаємної поваги	
правильно використовувати невербальні засоби комунікації	

Про що з людьми похилого віку говорити не варто:

- забороняються усілякі прояви жалості. Жалість кривдить людей похилого віку, тому що жалість принизлива. Чим шкочувати, куди краще жартувати. Гумор допомагає набагато краще;

- забороняються продовження вчорашніх сварок, якщо такі мали місце бути;
- забороняється доводити і намагатися знову пояснити те, що не вдалося пояснити учора. Це тільки задасть із самого початку неправильний тон розмови;
- забороняються зверхні розмови, типу: «Ви зможете», «зберіться», «тримайтеся». Вони й так намагаються по можливості зберегти сили, що йдуть, і зайвий раз нагадувати їм про це не потрібно;
- забороняється розповідати людям похилого віку про свої складнощі і проблеми, бо вони можуть активно включитися в обговорення та своїми порадами «дістати/розіслити», тобто викликати конфлікт;
- тема розмови не повинна клієнтів дратувати, це табу, якого потрібно неухильно дотримуватися;
- обходьте стороною теми політики, релігії і важких втрат.

Щоб правильно розмовляти з людьми похилого віку про що завгодно треба:

- ⇒ твердо зайняти позицію спостерігача і вже більше ні за яких умов її не покидати;
- ⇒ слухати, вивчати, не сперечатися;
- ⇒ добре йдуть розмови про ліки, про медичні подробиці сучасних способів лікування усіляких хвороб і болячок, але не про їх болячки;
- ⇒ про життя говорити можна й потрібно, але не сперечатися, більше слухати і піддакувати, якщо є на то сили та необхідна витримка;
- ⇒ спогади про минуле життя. Вони, напевно, найбажаніші розмови з усіх можливих, тому що переносять людей

- похилого віку в минуле і дають їм можливість відчувати себе молодими; добре працюють в цьому сенсі професійні розмови про колишню роботу;
- ⇒ розмови про успіхи онуків і про їх майбутнє. Не сперечайтеся. Слухайте. Дивуйтеся про себе.

Правильна розмова - одно з найбільших задоволень, яке варто доставити людині похилого віку. Правда, треба уміти не лише такі розмови починати, але і правильно їх закінчувати. Якщо різко розмову перервати, то легко можна їх скривдити.

Щоб цього не сталося, краще всього послатися на не залежні обставини - дефіцит часу, важливу зустріч, справу, яку неможливо відмінити. Ще краще, якщо попередите про це заздалегідь.

Також існує кілька основних бар'єрів у спілкуванні:

- зайвий гучний або тихий голос,
- швидкий темп мови,
- різкий тон негативно позначаються на взаєморозуміння,
- розкутий стиль поведінки,
- привітання або відмова за допомогою жестів часто сприймаються людьми похилого віку як не увагу або неповагу.

Дані бар'єри у спілкуванні з людьми похилого віку є найбільш поширеними, проте кожен має і власні, індивідуальні особливості, властиві у такому віці.

Із *замкнутими*, мовчазними, що підкреслюють свою недовіру, людьми похилого віку слід бути лаконічними, використовувати прості та чіткі тези, реальні, конкретні факти.

Амбітні люди похилого віку відрізняються неврівноваженим характером, схильні до імпульсивних, афективних реакцій. Між спалахами гніву вони можуть бути надмірно попереджувальні і поступливі.

У роботі з такими людьми треба вміти переключати їхню увагу, відвертати від предмету напруги і повернутися до попередньої розмови тільки після нормалізації стану.

Можна також застосувати прийом уточнення, який визначається в такій, часто респонденти користуються послугами психологами фразі: «Чи правильно я вас розумію, Зоя Олександрівна...», далі обов'язково проговорюється проблема і шлях її вирішення.

У цьому віці можливий розвиток дріб'язковості і скупості, такі люди демонструють постійний страх бути обікраденими. Тільки терпимість дозволить уникнути неприємної ситуації.

І, останній момент: найбільше запам'ятовується *кінець розмови*. Прощання дуже важливо для людини похилого віку. Потрібно намагатися підкріпити його емоційно, показати особисту зацікавленість в цьому спілкуванні та позитивний настрій.

Також потрібно пам'ятати, що паспортний вік не дає гарантії приналежності до тієї чи іншої вікової групи (табл. 4.2.2):

Таблиця 4.2.2

Бар'єри та рекомендації щодо спілкування з людьми похилого віку

<p>увага</p>	<p>фахівцям відомий такий феномен як неуважність, розфокусованість уваги та зниження швидкості реакції у людей похилого віку. У процесі взаємодії з людиною похилого віку потрібно чітко називати дату та число, фіксуючи як у документах, так і на календарі. Важливо, щоб ручка завжди була поруч, для цього потрібно прикріпити її на спеціальному шнурі. З віком також відбувається звуження поля уваги і посилюється чутливість до сторонніх перешкод (дзвінки, сторонні розмови, відкривання дверей і т.п.). Як наслідок, виникають труднощі при поєднанні декількох справ: читати і усвідомлювати зміст прочитаного; шукати щось і слухати; заповнювати документи і відповідати на питання.</p>
---------------------	--

<p>пам'ять</p>	<p>люди похилого віку схильні проявляти більшу вибірковість щодо того, що зберегти у пам'яті. Запам'ятовування непотрібних (на їх погляд) слів може викликати у них внутрішній протест. Однак, при цьому вони можуть продемонструвати прекрасні результати при переказі сенсу розбитого на параграфи тексту. Для того, щоб процес запам'ятовування та відтворення здійснювався ефективно, необхідно ретельно інструментувати та приводити невеликі приклади з практики - люди похилого віку схильні запам'ятовувати те, що для них важливо чи може стати у нагоді в житті.</p>
<p>органи відчуттів</p>	<p>у старості погіршується робота органів почуттів - слуху, зору, смаку, нюху, дотику. Це впливає на поведінку. Так, наприклад, зі зниженням слуху у людини закономірно зростає почуття настороженості, яке може перерости в підозрілість і недовірливість, коли кожне слово для оточуючих стає приводом для тривоги і занепокоєння.</p>
<p>мова</p>	<p>у похилому віці змінюються особливості мови. Відомо, що люди похилого віку вважають за краще говорити повільно і ґрунтовно, зосереджуються на описі повсякденних проблемах та конфліктах. Тому важливо заздалегідь підготувати фрази, що дозволяють структурувати спілкування: заохочують, якщо співрозмовник неговіркий, і дозволяють вчасно завершити спілкування, якщо розмова затягується. При цьому підкреслення фактору обмеження часу негативно позначається на ефективності взаємодії. Не потрібно дивитися на годинник, нехай він знаходиться навпроти вас, щоб людина не бачила направлено погляду співрозмовника на годинник.</p>

Отже, щоб досягти успішного спілкування з людьми похилого віку та побудувати позитивну комунікацію варто дотримуватися **етики та деонтологія у спілкуванні з ними:**

- ⇒ проявляти повагу, оскільки люди в цьому віці дуже чутливі;
- ⇒ демонструвати прийняття та відсутність гидливості, зневаги;
- ⇒ проявляти увагу та турботу;
- ⇒ поважати чужі фізичні та емоційні кордони;
- ⇒ створювати атмосферу довіри;
- ⇒ зберігати конфіденційність людини похилого віку;
- ⇒ уникати обговорення третіх осіб;
- ⇒ не варто ділитися особистою інформацією і досвідом;
- ⇒ спілкуючись, уникати положення, при якому співрозмовникові вас видно погано або зовсім не видно;
- ⇒ проявляти терпимість та розуміння;
- ⇒ говорити чітко, розмірено і досить голосно;
- ⇒ уникати в розмові сленгу та ненормативної лексики;
- ⇒ уникати ставити два чи три питання одночасно;
- ⇒ слідкувати за інтонацією, тоном голосу, мімікою і жестами.

Пам'ятати, що для людини важлива увага і можливість поспілкуватися на цікаві теми.

Також варто пам'ятати, що ніколи не потрібно вести себе так, ніби люди похилого віку є «старими».

Необхідно ставитися до них з повагою і добротою. Дуже багато з них знаходиться в прекрасному фізичному та розумовому стані.

Надані рекомендації охоплюють найважливіші аспекти, які допоможуть фахівцям налагодити ефективне спілкування з людьми похилого віку в процесі взаємодії.



4.3. Етичні засади успішної комунікації з людьми похилого віку

Дефініція «деонтологія» грецького походження (deontos - «належне, обов'язкове», і logos - «вчення») перекладається як наука про належне. Таким терміном інколи позначають розділ етики, в якому вивчаються проблеми обов'язку людини, сфера належного (того, що повинно бути), всі форми моральних вимог до життєдіяльності людей та відносин між ними.

Як науковий термін «деонтологія» був вперше вжитий у системі етичних знань був уведений на початку ХІХ століття англійським філософом і правознавцем Ієремією Бентамом (1748-1832р.р.), який спочатку вкладав у це поняття досить вузький релігійно–моральний зміст, маючи на увазі обов'язок і повинність віруючого перед Богом, релігією, релігійною громадою, а потім вжив його для позначення теорії моральності в цілому. В праці «Деонтологія або наука про мораль» (1834) автор відстоював своє розуміння моралі та обов'язку.

Незабаром поняття “деонтологія” стало використовуватися дещо в іншому змісті – як термін, що позначає належну поведінку, вчинки і дії окремої особистості чи фахівця, а не тільки віруючого, стосовно його релігійних обов'язків, а вчення – деонтологія – стала відрізнятися від аксіології – вчення про моральні цінності.



Примітка!

Деонтологія (від гр. *deontos* – «обов'язок» і *logos* – «вчення») – це наука, яка вивчає правила і норми обов'язку фахівця у сфері його професійної діяльності.

Ключовими категоріями деонтології є: обов'язок,

відповідальність, справедливість, честь і гідність, гуманність, демократичність, повага, співчуття.

Деонтологія соціальної роботи – це комплекс норм, постанов і розпоряджень про обов’язок і професійні вимоги, відповідальність соціального працівника (трудового колективу установи соціального захисту) перед суспільством і державою, перед соціальною роботою як професією і соціальним інститутом, перед колегами і перед клієнтом соціальної служби.

Деонтологія соціальної роботи містить у собі певні принципи:

- особиста відповідальність за доручену справу як у правовому так і в моральному відношенні
- компетентність фахівця
- раціональний підхід до вирішення визначених завдань
- відповідність щодо повноважень і відповідальності
- правова регламентація діяльності
- ініціативи і творчий підхід
- організованість та дисципліна
- контроль і перевірка виконання
- критичність до оцінки діяльності, можливостей своїх і клієнта
- довіра і свобода дій
- заохочення й покарання



Діяльність соціального працівника/соціального робітника поєднана з високим ступенем самостійності і моральної відповідальності, що передбачає свідоме відношення до професійного обов’язку

Відповідальність не є абстрактним поняттям, вона невіддільна від творчості й самостійності, уваги до людей, що оточують соціального працівника/соціального робітника в його повсякденній практичній діяльності.

В таких випадках поняття професійного обов’язку покладає обов’язки на фахівця бути здатним передбачати наслідки своєї діяльності, особливо негативні наслідки, – відповідно до відомого принципу “*primum non nocere*” – “насамперед, не нашкодь”, що приписують Гіппократові.

Таким чином, *професійний обов’язок фахівця* – це ті вимоги, що суспільство, професія, колектив, клієнти і він сам пред’являють до поведінки і дій, і те, у чому він сам відчуває потребу і за що несе відповідальність.

Усвідомлення соціальним працівником/соціальним робітником свого професійного обов’язку означає:

- високий професійно-кваліфікаційний рівень як гарант якості роботи
- чітке знання своїх професійних обов’язків, сумлінне і неухильне їх виконання
- професійну діяльність в межах нормативно–правової бази
- глибоку переконаність у необхідності виконання своїх професійних обов’язків, оскільки цього вимагають інтереси суспільства, колективу установи соціального захисту і клієнта
- свідому й активну участь у професійній діяльності з метою досягнення блага суспільства, трудового колективу і клієнта
- зацікавленість у підвищенні ефективності роботи свого колективу своєї індивідуальної роботи

- високу організованість і свідому дисципліну, звичку до належної поведінки; наявність волевих якостей, необхідних для виконання свого професійного обов'язку
- прагнення постійного удосконалення в професії, освоєння нових знань, набуття досвіду практичної діяльності.

При цьому свідомий початок, що регулює поведінку, вимоги до професійних і особистісних якостей соціального працівника/соціального робітника і звичка до належної поведінки не суперечать один одному – навпаки, вони доповнюють одне одного.

Важливою складовою етичної системи професійної діяльності є принципи, оскільки діяльність соціального працівника/соціального робітника здійснюється не лише у формальних, але і в неформальних ситуаціях, в інтересах професії і своїх колег, суспільства, клієнта і його соціального оточення, а також у своїх особистих інтересах.

Задовго до введення терміну «деонтологія» в науковий обіг було визначено *основні принципи, які регламентують поведінку та дії фахівця у спілкуванні з оточуючими.*

До основних принципів, яких дотримувалось людство минулих епох належать:

- гуманне ставлення до людей
- надання професійних послуг людям незалежно від расової, політичної та регіональної приналежності
- повага до честі і гідності людини
- професійний оптимізм

Принципи визначають основні напрямки поведінки фахівця по відношенню до того чи іншого суб'єкта відносин, що виникають в процесі професійної діяльності.

Наразі вирізняють такі **принципи професійної етики:**

- ❶ *дотримання розумних інтересів клієнта* (соціальний працівник/соціальний робітник, розпочинаючи роботу, має піклуватися, передусім, про те, щоб принести найбільшу користь клієнту та суспільству. Він мусить допомогти клієнту визначити пріоритетність проблем, що виникли, а також переконання, погляди. Розпочинаючи роботу з надання соціальної послуги, соціальний працівник/соціальний робітник з'ясовує не лише проблеми і потреби клієнта, але і його бачення проблеми, можливі варіанти її розв'язання, кінцевий результат спільних дій. У будь-якому випадку останнє слово залишається за клієнтом, оскільки він має право самостійно вирішувати свою долю на основі власного життєвого досвіду, потреб і світогляду);
- ❷ *прийняття клієнта таким, яким він є* (соціальний працівник/соціальний робітник не має права пред'являти до всіх клієнтів однакові вимоги та надавати однакові рекомендації, не враховуючи особистісний фактор та відповідні обставини. Ігнорування цього принципу значною мірою може знизити ефективність подальшої роботи, призвести до втрати довірливих стосунків між соціальним працівником/соціальний робітник і клієнтом);
- ❸ *відсутність упереджень по відношенню до клієнта* (розпочинаючи роботу з клієнтом, соціальний працівник/соціальний робітник мусить пам'ятати, що кожна людина неповторна і має свої власні погляди, переконання, ідеї, інтереси, думки. Навіть якщо вони повністю суперечать поглядам і переконанням соціального працівника, він має тактовно викласти

- 4 *конфіденційність* (усе, що стосується клієнта, його особистого життя та виниклих проблем, є конфіденційною інформацією. Нерозголошення спеціалістом інформації, довіреної йому клієнтом про себе особисто чи про іншу людину є одним із провідних принципів співробітництва між соціальним педагогом та клієнтом. Інформація про клієнта може бути повідомлена третім особам лише з безпосередньої згоди клієнта та з метою ефективного розв'язання існуючої проблеми);
- 5 *доброзичливість* (налагодити ефективну взаємодію з клієнтом, допомогти йому розкритися, проявити свої позитивні якості є необхідною умовою для створення атмосфери доброзичливості та взаємної довіри у соціумі. Доброзичливе ставлення до клієнта має спостерігатися на всіх етапах співпраці з ним: від моменту знайомства до етапу обговорення кінцевих результатів спільної взаємодії);
- 6 *безкорисливість* (не сподіваючись на додаткову винагороду фахівець намагається зробити якомога більше для свого клієнта, ніж це обумовлено посадовими інструкціями чи функціональними обов'язками);
- 7 *чесність і відкритість* (соціальний працівник/соціальний робітник не має права приховувати від клієнта інформацію, навіть із негативним забарвленням, а навпаки, він повинен, у делікатній формі повідомляти про результати дій, разом аналізувати причини невдач і визначати шляхи щодо найбільш ефективних дій і результатів);
- 8 *повнота інформування клієнта про заплановані заходи* (клієнт

має бути повноправним суб'єктом процесу прийняття рішення, а не пасивним об'єктом впливу);

- 9 *особиста відповідальність* (розробляючи разом із клієнтом алгоритм спільних дій, соціальний працівник/соціальний робітник, володіючи арсеналом необхідних знань не лише щодо сутності проблеми клієнта та його потреб, а й щодо можливостей системи соціального захисту для її вирішення, кількості та якості засобів, необхідних для розв'язання проблеми, несе персональну відповідальність за наслідки свого рішення);
- 10 *визнання права клієнта щодо прийняття самостійного рішення на будь-якому етапі спільних дій* (клієнт як особистість має бути наділений усіма правами людини, в тому числі й правом самостійно визначати свою долю, стиль і спосіб життя, мати власні переконання, погляди).

Принципи та правила поведінки, якими має оволодіти суспільство, представлені в етичних кодексах, під якими розуміють перелік моральних норм, яким має слідувати окрема людина або певний колектив.



Примітка!

Кодекс (з латин. стовбур, колода, навощені дощечки для письма) – сукупність моральних норм, правил поведінки, необхідних до виконання.

Етичний кодекс – це стандарт етичних принципів, ідеалів, навиків та практичних вмінь соціальних працівників/соціальних робітників.

Кодекс етики спеціалістів соціальної сфери – це своєрідний нормативний документ, що включає моральні норми і

правила, розроблені на основі загальних принципів моралі, досвіду та специфічних особливостей соціально-педагогічної діяльності.

Головна мета етичного кодексу – визначення незаперечних принципів роботи в інтересах клієнта, сприяння втіленню ідеалів гуманізму, моральної та соціальної справедливості у професійній діяльності та суспільстві в цілому.

Дотримання кожним соціальним працівником/соціальним робітником вимог етичного кодексу стають необхідною умовою визнання та закріплення високого статусу професії у суспільстві, основою для підвищення авторитетності її представників, веде до самоповаги та самоствердження особистості спеціаліста у професійній групі та в суспільстві.

Документ «Етика соціальної роботи: принципи і стандарти», який виступає у ролі міжнародного еталону ставлення професіонала до своїх обов'язків, було прийнято Загальними зборами Міжнародної Федерації соціальних працівників (МФСП) у м. Колombo (Шрі-Ланка) 6-8 липня 1994 р.

«Етика соціальної роботи: принципи і норми» складається з двох документів: «Міжнародної декларації етичних принципів соціальної роботи» та «Міжнародних етичних стандартів соціальних працівників».

«Міжнародна декларація етичних принципів соціальної роботи» визначає головні принципи соціальної роботи, сфери етичних проблем у практичній роботі соціального працівника (проблемні сфери), формує основні настанови для вибору методів розв'язання етичних проблем. «Міжнародною декларацією етичних принципів соціальної роботи» визначено загальні стандарти етичної поведінки соціального працівника, а також стандарти поведінки стосовно клієнтів, колег, професії, установ й організацій, з якими співпрацює соціальний працівник.

«Міжнародні етичні стандарти соціальних працівників» ґрунтуються

на положеннях Міжнародного морального кодексу професійних соціальних працівників (МФСП, 1967).

В Україні діє «Етичний кодекс спеціалістів із соціальної роботи» (2003) в основу якого покладений вітчизняний досвід і міжнародні етичні принципи. В документі визначені **правила поведінки**, з якими представники професії зобов'язані співвідносити свої дії щоб залишатися гідними членами професійної організації:

- *індивідуальний підхід до кожного клієнта*. Немає двох однакових людей Кожна людина унікальна;
- *повага до особистості*, простору життя, його історії, віросповіданням, переконанням;
- *конфіденційність* інформації та збереження таємниць;
- *першочерговість інтересів клієнта* в роботі і чесність. Інтереси особисті - за межами будинку клієнта;
- *забезпечення активної позиції клієнта*, не допущення приниження гідності особистості;
- *заміщаючи колег по роботі, важливо діяти в інтересах клієнта*, репутації організації, поваги до колеги. Важливо обслуговувати клієнта «на заміщення» з такою ж увагою, як і «своїх»;
- *відповідальність і усвідомленість*: розуміння що і для чого робиться, наслідки оцінюються з т.з. користі і перспектив для клієнта.

Велике значення має також дотримання етичних норм фахівця по відношенню до своїх колег:

- звертатися до колег з повагою, ввічливістю, справедливо, з довірою, дотримуючись делікатність
- соціальний працівник/робітник, який замінює колегу, повинен діяти в інтересах репутації того, кого заміщає
- не повинен використовувати конфлікт між колегою

і керівником в своїх інтересах і для зміцнення своєї позиції

- соціальний працівник/робітник, який обслуговує клієнтів колег в період тимчасової відсутності останніх, повинен обслуговувати їх з такою ж увагою, як і своїх «власних» клієнтів.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ФАХІВЦІВ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Для визначення рівня сформованості необхідних якостей для роботи з людьми похилого віку пропонується тест «Чи сформовані у Вас необхідні якості для фахівця, який працює у сфері соціальної роботи» (Левітан К.М.).

Метод самооцінки здійснюється за п'ятибальною шкалою (слід поставити + у відповідній колонці).

Цифра «5» означає високий рівень виявлення тієї чи іншої якості, а - «1» - повна її відсутність (табл 4.3.1):

Таблиця 4.3.1.

Чи сформовані необхідні якості для фахівця, який працює у сфері соціальної роботи

Якості	1	2	3	4	5
чуйність					
справедливість					
вимогливість до інших					
врівноваженість					
відповідальність					
стриманість					
доброзичливість					

ініціативність					
творчі здібності					
самоконтроль					
комунікативність					
вимогливість до себе					
почуття власної гідності					
працездатність					
педагогічний такт					
почуття гумору					
оптимізм					
щирість					

Рівень сформованості професійних важливих якостей визначається сумою балів, які нараховуються в процесі оцінки або самооцінки:

- *високий рівень* - сума в межах від 81 до 100 балів;
- *вище середнього* - від 61 до 80;
- *середній* - 60;
- *нижче середнього* - від 59 до 40;
- *низький* - від 39 до 20 балів.

Змістовна інтерпретація рівня відбувається на основі наведених професійно-особистісних якостей.

З урахуванням цінностей і професійно-етичних якостей фахівців соціальної сфери розроблено **практичні поради**:

- ⇒ *насамперед, зберігайте перспективу, володійте інформацією щодо вашої компетенції*, а також відомостями про речі, які є поза вашою компетенцією;
- ⇒ *чітко усвідомлюйте, хто ви і для чого дієте*;
- ⇒ *зберігайте професійну дистанцію*. Це означає будьте реалістичним, але відвертим, поважливим до клієнта;
- ⇒ *пам'ятайте про відмінність між дружніми і професійними*

стосунками. Соціальні працівники/соціальні робітники не є друзями своїх клієнтів і не можуть ними бути. Стосунки між ним і клієнтом обмежені в часі й мають для соціального працівника конкретну мету: якісне виконання своєї роботи, досягнення певних цілей тощо;

- ⇒ знайте, що важлива якість соціального працівника – *здатність залишатися поруч із кимось у біді або в кризі*, не руйнуючись від цієї кризи або від емоцій, що виявляє клієнт;
- ⇒ пам'ятайте, що *професійна межа – поняття динамічне; важливо мати особистий простір*. Деякі люди можуть із задоволенням тісно спілкуватися з іншими людьми, а інші представники навіть тієї ж самої культури можуть вважати це нестерпним.

В основі етичних норм соціальної роботи лежать джерела:

- ❶ загальнолюдські цінності;
- ❷ етичні традиції благодійності;
- ❸ цінності сучасного українського суспільства;
- ❹ міжнародні етичні норми та етичні нормативи зарубіжних країн;
- ❺ специфічні цінності сучасної соціальної роботи в Україні;
- ❻ особистісні цінності та ідеали спеціалістів.

Будь-який етичний кодекс не є догмою, оскільки повинен відповідати потребам суспільства або професійної групи і постійно удосконалюватися.

Взаємини «соціальний працівник/соціальний робітник – клієнт» представляють собою систему соціальних зв'язків від

найпростіших соціальних контактів, і до найскладніших соціальних дій та взаємостосунків, які мають усталений характер.

У цій системі кожен виконує свою роль та функції, один – потребує допомоги, інший надає допомогу.

Щоб такі взаємини були ефективними потрібно:

- ⇒ формувати єдине соціальне середовище, де соціальний працівник/соціальний робітник та клієнт є рівноправними членами;
- ⇒ постійно вивчати особливості клієнтів, їх внутрішній світ, потреби, інтереси;
- ⇒ ставитися до клієнта як до особистості, повага його гідності;
- ⇒ утримуватися від неправильних вчинків та оціночних суджень клієнта;
- ⇒ контролювати свої дії, постійно прагнути до таких форм власної поведінки, які зміцнюють авторитет соціального працівника/соціального робітника як особистості і як професіонала;
- ⇒ моральна відповідальність за результати своєї діяльності, постійний самоаналіз власної діяльності тощо.

Ефективність діяльності соціального працівника/соціального робітника значною мірою залежить від того, як складаються стосунки з клієнтом.

Здорова морально-психологічна атмосфера у стосунках є ознакою домінування взаємин довіри, взаємодопомоги, творчості, бажання досягти результатів у вирішенні проблеми тощо.

Отже, основна умова успішної професійної діяльності соціальних працівників/соціальних робітників з людьми похилого віку – дотримання етичних ділем у стосунках та в процесі надання професійної підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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.

2. Настанова «Біла книга стандартів і норм паліативної допомоги в Європі / Європейська Асоціація паліативної допомоги» (2009, 2010)

3. Методичні рекомендації щодо догляду за нерухомими та малорухомими людьми: на допомогу соціальним робітникам / уклад.: Є. К. Горбунов, Н. Є. Тимошенко, Н.Ф. Романова ; за ред. Н. Є. Тимошенко. – 3-є вид. – Київ : Вид-во РПА « 51 Паралель», 2023. – 28 с.

4. Оцінка потреб у наданні послуг з паліативної допомоги в Україні / Н. Ф. Романова, Д. Р. Чайківська // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2013. – № 3–4. – С. 107–117

5. Паліативна допомога: організаційні, фармацевтичні та клінічні аспекти знеболення навчальний посібник / під редакцією Моїсеєнко Р.О. – 2019. – 138 с.

6. Перелом шийки стегна: рекомендації, допомога, реабілітація/ уклад.: Є. К. Горбунов, Н. Є. Тимошенко ; за ред. Н. Є. Тимошенко. – Київ : «51 ПАРАЛЕЛЬ», 2020. – 42 с.

7. Посібник по службах паліативної допомоги вдома в Україні та за кордоном / проект «Рука допомоги», фінансованого Європейською Комісією, 2013. – 138 с.

8. Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні Міністерство охорони здоров'я / Наказ № 1308 від 04.06.2020

9. Про затвердження Державного стандарту паліативного догляду Міністерство соціальної політики / Наказ № 58 від 29.01.2016

10. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям // Под редакцией Elizabeth Davies, Irene J.Higginson. – Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро ВОЗ. Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark. 2005 г.– 40 с.

11. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Спілкування з людьми похилого віку: методичні матеріали до тренінгу / Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є.; заг. ред. Н. Є. Тимошенко. – К.: Вид-во, 2018. – 152 с.

12. Як працювати з людьми похилого віку, які перенесли інсульт: практичні поради соціальним робітникам / уклад.: Є. К. Горбунов, М. Ю. Орпер, Н. Є. Тимошенко; за ред. Н. Є. Тимошенко. – 2-е вид. – Київ: Група компаній «ВСЕ ПРОСТО», 2021. – 52 с.

13. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі URL https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/dod_311_2ykpmd.pdf

