

Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини
Факультет соціальної та психологічної освіти
Кафедра соціальної педагогіки та соціальної роботи

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь бакалавр

на тему:

«СОЦІАЛЬНА РОБОТА З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ В УКРАЇНІ»

Виконала: студентка III курсу, Р/32 групи
спеціальності 231 «Соціальна робота»

Боженко Юлія Юріївна

Керівник:

к.пед.н., доц. кафедри соціальної педагогіки та
соціальної роботи Коляда Т.В.

Рецензенти:

к.пед.н., доц. Підвальна Ю.В.

Умань – 2023 року

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ	8
1.1. Понятійно- категоріальний апарат дослідження.....	8
1.2. Демографічна проблема старості у глобальному просторі....	16
1.2. Вікові та психологічні особливості людей третього віку	
1.3. Зміни пам'яті у людей похилого віку.....	22
Висновки до першого розділу	45
РОЗДІЛ 2. ОПТИМІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ	48
2.1. Організація дослідно-експериментальної роботи з людьми похилого віку	48
2.2. Апробація моделі соціально-педагогічної допомоги особам похилого віку	60
2.3. Аналіз результатів.....	65
Висновки до другого розділу	69
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78
ДОДАТКИ	93

ВСТУП

Соціальна обстановка в сучасному світі, орієнтація на молодість, на активний спосіб життя, філософія досягнень робить людей похилого віку найбільш уразливими, що в повній мірі стосується нашої країни. Український пенсіонер має низку особливостей, пов'язаних з його проживанням в країні, яка іще знаходиться і в умовах воєнного стану. Він пережив радянський союз, нещодавно – пандемію Covid а отже, переживає перехід до третього віку через ідеологічні, воєнні, соціальні, економічні кризи в суспільстві. Під час війни самотні люди похилого віку як ніколи потребують сторонньої підтримки. Продукти, ліки та одяг – лише мала частина реальних потреб. Адже соціально-психологічна допомога та супровід до укриття – так само важливі. У цьому йому покликані допомогти соціальні служби і установи різного типу.

Саме з цих причин проблема соціальної роботи з людьми похилого віку стає особливо актуальною. В даний час загально визнано, що старість - це тривалий період, повноцінний етап розвитку, такий же, як молодість або зрілість, який має свої вікові завдання. Велику роль в ступені повноцінності особистісного розвитку людини похилого віку та його соціального функціонування грають суспільство і його соціальні інститути. Глобальне старіння населення ставить складні завдання перед системами соціального захисту всього світу, вирішення яких в Україні ускладнюється через кризову військову та економічну ситуацію.

Старіння населення є одним із найважливіших демографічних факторів

Процес, який мав довгострокові наслідки в багатьох країнах світу. Для європейських країн це питання актуальніше, ніж для інших Світ В останні десятиліття рівень країн цього регіону значно впав Зростання смертності населення та тривалості життя. для цього рівня Загальний коефіцієнт народжуваності нижче рівня відтворення. Знову мають тенденцію до зачаття

в більш зрілому віці та зростанні Кількість сімей з двома і менше дітьми. Згідно з прогнозами Євростату «Популяційна революція» призводить до зростання населення 10 мільйонів людей до середини 21 століття людей, але більше 50% буде Громадяни віком від 65 років. Це пов'язано з демографічними змінами в Європі.

Аспекти проблеми досліджувалися в різних галузях: в межах фізіології, психології, медицини, соціології (Б. Ананьєв, Л. Анциферова, Р. Грановська, та ін.). Вплив старіння населення на соціум - А.Лаффер, Г. Стендинг, Р. Лейард, Я. Корнаї, та ін. В Україні дослідженнями проблеми соціально роботи з людьми похилого віку займалися - Д.Богиня, О. Грішнова, Є. Лібанова, Л. Лісогор О. Агапова, 9 С. Архипова, М. Букач, Н. Єрмак, А. Капська, О. Карпенко, С. Коваленко, І. Козубська, Е. Лапшина, І. Мигович, В. Робак, Г. Сухобська та ін.). Іноваційні підходи у роботі з людьми третього віку вивчали Т. Козлова, Т. Семигіна, Н. Кабаченко, Т. Коленіченко, Т. Голубенко та ін. Застосування в соціальній роботі з різними групами клієнтів описані у працях таких вітчизняних науковців: Л. Тюпті, І. Іванової, Н. Бондаренко, Н. Майорова . Принципи та особливості роботи спеціалістів в команді розглядаються в працях іноземних авторів: А. Браун А., А. Боурн, В. Чепмен, М. Фирсов, Б. Шапіро, та ін.

Аналіз науково дослідних авторитарних джерел показав, що в даний час накопичено глибоку наукових пошуків, що стосується проблем людей похилого віку. Проте, не зважаючи на ґрунтовні дослідження проблеми, питання соціально-педагогічної діяльності з людьми похилого віку в Україні не втрачає актуальності і достатньо широкого обговорення в соціально-педагогічній науці і освітній практиці, що зумовлює актуальність теми нашого дослідження **«Соціальна робота з людьми похилого віку в Україні»**

Мета на основі теоретичного обґрунтування наукової проблеми визначити та проаналізувати соціально-педагогічну роботу з людьми похилого віку.

Об'єкт дослідження – соціально-педагогічна робота з людьми похилого віку.

Предмет дослідження – форми і методи соціальної роботи, які використовуються у процесі соціально-педагогічної діяльності з особами похилого віку.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Магістерська робота виконана відповідно до наукової теми кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини „Актуальні проблеми соціально-педагогічної теорії та практики” (реєстраційний номер 0111 U 00 75 47).

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні про те, що в сучасній Україні соціальна робота з людьми похилого віку буде позитивною через:

- чітку організацію діяльності, що зорієнтована на забезпечення правових, економічних та соціальних потреб;
- забезпечення індивідуального підходу враховуючи особливості особистістні;
- забезпечення позитивної психологічної атмосфери;
- забезпечення соціальної активності;
- розвиваючи громади і об'єднання ;

Методологічною основою дослідження є ґрунтовні наукові положення про загальний зв'язок, цілісності явищ реального світу, положення матеріалістичної філософії, соціології, соціальної психології і педагогіки про взаємодію індивіда і суспільства, про роль соціального середовища в процесі формування особистості та використання принципів системного, гуманістичного та особистісно-діяльнісного підходів.

Проблема, мета і гіпотеза дослідження визначили його **завдання**:

1. Охарактеризувати ключові поняття дослідження.
2. На основі аналізу наукових досліджень обґрунтувати вікові зміни та психологічні особливості людей третього віку.
3. Розкрити особливості пам'яті людей похилого віку
4. Охарактеризувати модель соціально-педагогічної діяльності з людьми похилого віку в сучасній Україні.
5. Експериментально апробувати модель на практиці.

У роботі використано плеяду методів, завдяки яким здійснювалося дослідження: загальнонаукові **методи**: *теоретичні* – аналіз й узагальнення філософської, психологічної, педагогічної літератури для вивчення стану розробленості проблеми соціально-педагогічної діяльності.; теоретичного обґрунтування базових понять дослідження; *емпіричні* – вивчення й узагальнення генези роботи, програмно- нормативних документів, педагогічне спостереження для додаткової перевірки даних, добір фактичного матеріалу у процесі дослідження; опитування (інтерв'ю, груповий догляд, бесіди, трудова і громадська зайнятість тощо); *методи статистики* – для кількісного аналізу даних дослідження.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі факультету соціальної та

психологічної освіти Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що матеріали дослідження можуть бути використані при організації педагогічної практики студентів педагогічних ВНЗ та під час вивчення навчальних дисциплін «Соціальна геронтологія», «Соціально-педагогічне проектування», «Технології соціально-педагогічної діяльності», а також у системі післядипломної педагогічної освіти.

Результати дослідження впроваджено у практику роботи зі студентами Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини .

Апробація результатів дослідження. Основні концептуальні положення й результати бакалаврської роботи доповідались на науково-практичних конференції: «Актуальні проблеми соціальної роботи» .

Публікації. Основні положення магістерської роботи викладено в 1 тезах науково-методичної конференції.

Структура та обсяг роботи. Бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (220 найменувань), 2 додатків на 20-х сторінках. Загальний обсяг роботи складає 105 сторінок, із них 77 сторінок основного тексту. Робота містить 3 таблиці та 1 рисунок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ.

1.1 Понятійно - категоріальний апарат дослідження.

Старість — це заключний період людського життя, що пов'язаний з поступовим відокремленням літніх людей від участі у продуктивному способі життя соціумі. Неможливо окреслити точне визначення вікового обмеження, оскільки ми особисто відрізняємося від рис старіння. Дослідники вбачають ознаки в поступовому послабленні всіх фізичних функцій старших, пов'язаних з соціальними, біологічними та психологічними причинами. Сьогоднішнє старіння є однією з глобальних проблем, які виникають через світові соціальні трансформації та науковий прогрес.¹

Старіння – це процес, який обумовлений демографічними змінами і зростанням частки людей похилого віку в загальній чисельності населення.

У науково дослідних джерелах старість характеризується багатством досвіду, накопиченого досвіду протягом років, виникненням нових рис розвитку. Саме це пояснюють теорії старіння. З минулого століття дослідники характеризують не лише теоретичні результати, а й конкретні емпіричні дані.

У світі існує більше сотні теорій старіння. Щоб краще розуміти, якими вони бувають – наведемо приклад самих популярних, на нашу думку.

Одна із перших соціальних теорій старіння – абстрагування (відриву) належить американським дослідникам Е.Камінзом та У.Генрі у 1961 році. Генрі [, с.12-14]². Їх діяльність активно досліджувала М. Александрова³ [3,

¹

<http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/27527/1/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D1%86%D1%8C%D0%BE.pdf>

² Cumming E. Growing Old. New York: Basic Books / E.Cumming, W. E.Henry [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://jtd.sagepub.com/content/3/3/198.abstract> -Загол. з екрану. – Мова англ.

с.24]. Теорія стверджує «старіння є неминуче взаємне віддалення чи роз'єднання, яке призводить до зниження взаємодії між старіючою особистістю у певній соціальній системі». За теорією, людина, у якої відбувається руйнування соціальних зв'язків (з будь-якої причин) – підходить до етапу смерті.

На альтернативу першій теорії Р. Хеваюрст та Б. Б. Ньюгартен пропонують теорію активності. Ця теорія говорить про те, що люди, які приходять до процесу старості чинять її опір, і всіляко наповнюють своє життя змінами, наростаючи соціальну активність.

В свою чергу, дослідник А. Роуз пропонує теорію субкультури, яка базується на культурному компоненті і виокремлює людей готових до старості як творчих.

Теорія вікової ідентифікації передбачає виділення людей певного віку в одну категорію як людей похилого віку. Існує теорія символічного інтерраціонізму, досить схожа на субкультурну. Але відмінність полягає в опорній точці на фундації нових ідей, не лише культурного спрямування⁴.

Український дослідник В. Фролькіс пропонує адаптаційнорегуляторну теорію старіння, відповідно до якої, у пізньому віці, поряд з деструктивними процесами і скороченням адаптивних можливостей існують процеси, що підтримують потенціал людини.

Отже, можемо прийти до висновку, що старіння – це прогресивний процес, який залежить від рівня суспільного розвитку індивіду. Для розуміння старості як соціально-демографічного феномену визначимо поняття «старість», «літній вік», «старіння», «вік старості», проаналізуємо

³ Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии / М.Д.Александрова. – Л.: Из-во Ленинградского университета, 1974. – 135 с

⁴

<https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/12006/1/%D0%A2%D0%95%D0%9E%D0%A0%D0%95%D0%A2%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%86%20%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A6%D0%95%D0%9F%D0%A6%D0%86%D0%87%20%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%A0%D0%86%D0%9D%D0%9D%D0%AF%20%D0%A2%D0%90%20%D0%87%D0%A5>

стереотипи ставлення до літнього віку в історії суспільства в Україні і за кордоном, вивчимо демографічну ситуацію.

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я до літнього віку відноситься населення у віці від 60 до 74, до старого – від 75 до 89 років, а до довгожителів - 90 років і більше. Соціологи називають ці періоди людського життя "третім віком", і демографи вводять поняття "третього" (60-75 років) і "четвертого" (понад 75 років) віків.

У 2004 році населення світу досягло порядку 6,2 млрд. людей, а вік кожного десятого землянина досягнув 60 років і більше. За прогнозами ООН до 2025 року населення світу зросте в порівнянні з 1950 роком у три рази, а чисельність людей літнього віку - у 6 разів, у той час як число старих людей (старших 80 років) збільшиться в 10 разів.

Наслідки старіння суспільства є предметом вивчення багатьох фахівців і суспільних діячів - учених, практиків, політиків, економістів, соціологів.

Багато хто з них задаються питанням: на які ж сфери життєдіяльності суспільства вплине процес його старіння, які будуть наслідки для соціального розвитку? Насамперед, цілком очевидно, що вони будуть носити різносторонній характер і відіб'ються на всіх процесах, зв'язаних із соціальним розвитком суспільства. Основоположним методичним підходом у плануванні охорони здоров'я обов'язковим є наявність блоку об'єктивних даних про стан та структуру захворюваності населення регіону, що ґрунтується на статистиці органів охорони здоров'я за тривалий період часу (мінімум 7 – 10 років), ретроспективних та прогностичних даних змін демографічної ситуації у регіоні спостереження [1, 2, 9]. Об'єм проведеної та необхідної медичної допомоги, в тому числі спеціалізованої, з урахуванням нозологічних форм захворювань, забезпеченості медичними кадрами лікувальних закладів різної форми власності. Науково-обґрунтованих нормативів лікарського навантаження, нормативної потреби населення у

відповідних формах медичної допомоги та задоволеності населення за кількісними та якісними показниками охорони здоров'я [2, 3, 4, 5]. Однак, не дивлячись на суттєві науковопрактичні досягнення в питаннях організації охорони здоров'я (ООЗ), планування стоматологічної ортопедичної допомоги в Україні державними структурами стикається зі значними труднощами, які пов'язані з постійним розширенням недержавного сектору стоматології, невизначеністю направленості змін демографічної ситуації в регіонах, погіршенням матеріального стану осіб похилого і старечого віку, які в першу чергу потребують стоматологічного ортопедичного протезування знімними частковими та повними протезами [6, 7, 8, 9]. Також потрібно враховувати, що протезування повними знімними протезами є критичним, коли мова йде не про якість життя, а про аліментарне виживання особи в принципі.

Геронтолог К. Вінтор виділяє наступні стереотипні погляди на старих людей:

- 1) усі старі схожі один на одного;
- 2) люди старого віку соціально ізольовані;
- 3) більшість з них має слабе здоров'я;
- 4) звільнення з роботи породжує більше проблем для чоловіків, ніж для жінок;
- 5) більшість старих людей ізольовані від своїх родин;
- 6) розумові якості з віком погіршуються.

Вчені виділяють чотири групи проблем, що спричиняють старіння сучасного суспільства.

По-перше, це демографічні та макроекономічні наслідки, яким властиві такі характеристики, як:

показник народжуваності;

розподіл матеріальних ресурсів між представниками різних поколінь;
відношення до колективної відповідальності за забезпечення відповідних стандартів і якість життя літніх людей-пенсіонерів; рівень продуктивності праці

По-друге, відбудуться істотні зміни в сфері соціальних відносин:

у структурі сімейно-родинних відносин;

у системі підтримки один одного різних поколінь;

у характері вибору майбутньої професії;

у структурі потенційної зайнятості.

По-третє, зміна демографічної структури відіб'ється на ринку праці:

зміниться співвідношення між розумовою та фізичною працею і відношення суспільства до трудової діяльності;

виникне необхідність перекваліфікації людей літнього віку;

виникне питання про професійну орієнтацію людей літнього віку;

зміняться пропорції зайнятості серед жінок і чоловіків, оскільки жінок літнього віку значно більше, ніж чоловіків;

зміниться соціальний характер проблеми безробіття і будуть потрібні нові підходи до її вирішення;

зміняться вікові границі виходу на пенсію.

По-четверте, зміни торкнуться функціональних здібностей і стану здоров'я людей літнього віку, зокрема:

розширяться можливості людей літнього віку функціонально утримувати набуті знання, навички й уміння, а також можливості

опанувати новими областями фундаментальних і прикладних наук, новими професійними знаннями;

люди літнього віку стануть необхідним ресурсом на ринку праці і життєдіяльності суспільства як на макро-, так і на мікрорівнях;

зміняться потреби у догляді за людьми літнього віку й у споживанні соціальних послуг;

відбудуться серйозні зміни, зв'язані з інтенсивністю, ефективністю і результативністю медичного і соціального обслуговування людей літнього віку.

Очевидно, що це лише неповний перелік об'єктивних змін у житті суспільства. До них варто додати і широкую гаму суб'єктивних факторів, що, безумовно, змінять і внутрішній світ людини, представника будь-якого покоління, що населяє "суспільство літніх".

Інша група вчених, навпаки, вважає, що наявність людей літнього віку може стати фактором розвитку сучасного суспільства. Підкреслюється необхідність зміни життєвого курсу в старіючому суспільстві - і перш за все за рахунок збільшення різноманітних соціальних ролей і видів соціальної активності як за рахунок трудових, так і за рахунок політичних, суспільних та ін.

Проведені дослідження "соціальних установок людей літнього та старого віку" виявили такі проблеми людей даного віку:

фрустрація свідомості (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що перешкоджає меті), перевага песимістичних поглядів на життєві перспективи;

негативне ставлення до нинішньої влади ("раніше життя було краще");

високий рівень суб'єктивного інтересу до політики держави і низька оцінка можливості впливати на неї;

незадоволеність життям;

наявність занижених стандартів життя: бідність, маргінальність сприймаються як дійсність.

Цій категорії людей властива висока прихильність загальним і груповим нормам, традиціям, висока оцінка почуття обов'язку, самопожертви і байдуже відношення до матеріальних цінностей.

Можливості та здібності людей літнього віку приносити матеріальні і духовні блага суспільству і тим більше стати визначеним фактором його розвитку залежать від того, чи готове суспільство змінити стереотипне відношення до людей літнього віку і соціально захистити їх.

Розглянемо психосоматичні особливості людей літнього та старого віку. У старості відбуваються визначені зміни в організмі людини, знижується енергетичний потенціал, зменшується кількість води, солей і мікроелементів, погіршується кисневий обмін і кровопостачання мозку, а також спостерігається ряд інших несприятливих фізіологічних явищ. Виникає підвищена психологічна стомлюваність, сповільненість сприйняття, реакції і мислення, погіршується пам'ять, слабшає мотивація діяльності; помітні зміни в емоційній сфері: зосередженість на своїх інтересах, уразливість, підозрілість і т. ін.

Фізіологічні й психологічні зміни відбуваються на основі змін соціального статусу особистості, зв'язаної з обмеженням чи припиненням трудової діяльності, трансформацією способу життя і спілкування. Вихід на пенсію є важким іспитом особливо для тих, чия трудова діяльність високо цінувалася, була творчо активною.

Практика показує, що розриви з трудовою діяльністю в ряді випадків негативно позначається на життєвому тонусі, стані здоров'я і психіці людей. Самопочуття людей літнього віку багато в чому визначається і відносинами, що склалися в родині.

Рівень захворюваності в людей літнього віку в 2 рази, а в старечому віці – у 6 разів вище, ніж в людей молодого віку. Накопичуються хронічні захворювання з тенденцією до поступового прогресування і інвалідизації. Негативні наслідки для підтримки сприятливого самопочуття мають порушення екологічної рівноваги, що в першу чергу виявляється в зниженні якості питної води й атмосферного повітря.

Порушення здоров'я людей літнього віку не можуть у повному обсязі компенсуватися соціальними мірами, тому що резерви їхнього здоров'я в значній мірі виснажені. Приймаючи в увагу, що суспільне здоров'я є характеристикою якості, структури і динаміки індивідуального здоров'я, незадовільний стан здоров'я людей літнього віку виступає як дестабілізуючий фактор соціальних відносин.

Старіння населення

є однією з найбільш характерних ознак

сучасності. Середня тривалість життя людей

в світі з 1950 року збільшилася на 20 років, а

до 2050 зросте ще на десяток років [4]. Кількість людей старше 60 років до 2050 р. зросте до

2 млрд. – тобто становитиме 15% з усієї частини

населення планети. На найближчі 50 років очікується аж чотирикратне збільшення частки населення похилого віку.

Це демографічна перемога людства, проте саме людство виявилось до неї не готовим – збільшення кількості старшого населення поряд зі скороченням народжуваності у розвинених країнах, призводить до надмірного навантаження на економічно активну частину населення, а проблема пенсійного забезпечення стає все серйознішою. Відповідно, ці питання не залишаються без уваги світової громадськості – на Заході про старіння населення та проблеми, пов'язані з ним, не лише говорять уже кілька десятків років – ця тема знаходить відображення в конкретних діях на міжнародному рівні.

1.2 Демографічна проблема старості у глобальному просторі .

Старіння населення – це історія успіху людини, а причина святкувати тріумф громадського здоров'я, медичні досягнення, економічні та соціальні розвиток хвороб, травм і ранніх смертей які мають обмежену тривалість людського життя історії. Старіння населення було визнано однією з них чотирьох глобальних демографічних «мегатренди» — чисельність населення зростання, старіння населення, міжнародна міграція і урбанізація — з продовженням і тривалістю вплив на сталий розвиток⁵.

Усі глобальному суспільстві перебуває еволюції довголіття. Деякі країни перебувають на ранніх стадіях, а деякі є більш високим. Статистично вважається, що усі країни пройдуть через цей надзвичайний перехід, в якому є шанс вижити до 65 років. Показник зростає з менш ніж 50 відсотків, як це було у Швеції в 1890-х роках, до більш ніж 90 відсотків. У даний час у високим є показник у країнах з найвищою очікуваною тривалістю життя. Більше того, частка витраченого дорослого життя вік після 65 років

⁵ <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/015/35/PDF/N1901535.pdf?OpenElement>

збільшився з менш ніж п'ятої частини в 1960-х роках до чверті, або сьогодні цей показник є найбільшим в розвинених країнах⁶.

Зміни для окремих людей віддзеркалюються в суспільних змінах: люди похилого віку становлять демографічну групу, яка зростає група в суспільстві. Сьогодні люди похилого віку складають більше п'ятої частини населення 17 країн прогнози Відділу народонаселення Департаменту ООН з економічних і соціальних питань до кінця століття показують, що це буде у 2100 році для 155 країн, охоплюючи більшість (61 відсоток) населення світу⁷.

Традиційно Організація Об'єднаних Націй і більшість дослідників використовували заходи та показники чисельності населення старіння, які в основному або повністю засновані на хронологічному віці людей, визначаючи людей похилого віку як літніх 60 або 65 років або більше. Це забезпечує простий, зрозумілий і легко відтворюваний спосіб вимірювання та відстеження різноманітних показники старіння населення.

Проте все більше визнається, що ризики смертності, стан здоров'я, тип і рівень діяльність, продуктивність та інші соціально-економічні характеристики людей похилого віку значно змінилися багатьох частинах світу протягом останнього століття, і, зокрема, в останні кілька десятиліть. Це призвело до розробка альтернативних концепцій і заходів, щоб запропонувати більш деталізовану перспективу того, яке населення старіння означає в різних контекстах.

Нові вимірювання та концепції старіння населення мають значне значення для оцінки життя умови та умови життя людей похилого віку, їхній

⁶ Auerbach, Alan, and others (2017). How the growing gap in life expectancy may affect retirement benefits and reforms. National Bureau of Economic Research, Working Paper 23329.

⁷ Lee, Ronald, and Yi Zhou (2017). Does Fertility or Mortality Drive Contemporary Population Aging? The Revisionist View Revisited. *Population and Development Review*, vol. 43, No. 2, pp. 285-301. doi:10.1111/padr.12062

продуктивний та інший внесок у суспільство та їхні потреби у соціальному захисті та охороні здоров'я⁸.

Ці нові підходи до розуміння та вимірювання старіння також мають важливі наслідки для перегляд узгоджених на міжнародному рівні цілей розвитку, в тому числі тих, що містяться в Програмі дій.

Кожна людина – у кожній країні світу – повинна мати можливість прожити довге та здорове життя. Проте середовище, в якому ми живемо, може сприяти здоров'ю або завдавати йому шкоди. Навколишнє середовище дуже сильно впливає на нашу поведінку та ризики для здоров'я (наприклад, забруднення повітря чи насильство), наш доступ до послуг (наприклад, медичної та соціальної допомоги) і можливості, які дає старіння.

Зростає чисельність і питома вага осіб віком 60 років і старше в населенні. У 2019 році кількість людей у віці 60 років і старше становила 1 мільярд. Це число зросте до 1,4 мільярда до 2030 року та 2,1 мільярда до 2050 року. Це зростання відбувається безпрецедентними темпами та прискорюватиметься в найближчі десятиліття, особливо в країнах, що розвиваються⁹.

Ця історично значуща зміна глобального населення вимагає адаптації до структури суспільства в усіх секторах. Наприклад, охорона здоров'я та соціальна допомога, транспорт, житлове будівництво та містобудування. Робота над тим, щоб зробити світ більш дружнім до літніх людей, є важливою та невідкладною частиною нашої мінливої демографічної ситуації.

Прогрес у досягненні Сталого Цілі розвитку тісно пов'язані з демографічними тенденціями. Цей аналіз має показувати, що країни чи території в різних регіонах світу досягли різних етапів старіння населення. Прогноз

⁸ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/>

⁹ <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/015/35/PDF/N1901535.pdf?OpenElement>

політики та програми, що враховують поточні і необхідно досягти майбутньої динаміки популяції сталого розвитку, сформульований до 2030 року¹⁰.

Ключові питання політики та рекомендації для держав світу включають наступне:

1. Старіння населення може стимулювати економічне зростання країни при збереженні фіскальної стабільності, але політика та суспільна поведінка відіграють вирішальну роль. Реагувати на старіння населення в усіх країнах – це відповідальність держав.

Те, як країни вирішують проблему старіння населення, залежить від фіскального простору, який є сталим для реалізації їх податкових та пільгових програм, обсяг яких відповідає цінностям і можливостям перерозподілу соціального статусу країни, опираючись на справедливість між поколіннями та роль уряду, сім'ї та індивіду у фінансуванні, особливо в літньому віці.

2. Сприяння гендерній рівності у сфері зайнятості і прийняття політики, дружньої до сім'ї, може покращитися залучення робочої сили та призведе до більш швидкого економічного зростання [Р 5 і 8]. Збільшення участі жінок у офіційному ринку праці може хоча б частково компенсувати очікуване зниження темпів зростання робочої сили викликане через старіння населення. У багатьох країнах культурні, правові та структурні бар'єри заважають жінкам вступ і продовження офіційної робочої сили в той же рівень, що й чоловіки. Політика зміцнення жіночої статі участь робочої сили включають реалізацію сімейні програми, такі як доступні догляд за дитиною, відпустка по догляду за дитиною та по вагітності та пологах, а також неповний робочий день і гнучка зайнятість як чоловіки, так і жінки.

¹⁰ Mason, Andrew, and others (2017). Support ratios and demographic dividends: Estimates for the world. United Nations Population Division Technical Paper No. 2017/1.

3. Усунення дискримінації за віком, в тому числі вікові бар'єри при працевлаштуванні, можуть зменшитися нерівності, підвищення продуктивності та сприяння економічне зростання [Р 8, 10 і 16]. За умови що літні люди охоплені соціальним захистом програми, що забезпечують доступ до працевлаштування можливості для тих, хто хоче працювати, є ключовим пріоритет політики у просуванні та захисті права та гідність людей похилого віку. Політики в до цієї сфери належать ті, що спрямовані на усунення віку бар'єри на офіційному ринку праці, сприяння підбір персоналу та гнучку зайнятість можливості для літніх працівників, а також полегшення доступу до мікрокредитів та надання інші стимули до самозайнятості.

4. Інвестиції в освіту, здоров'я та добробут для всіх, включаючи навчання впродовж життя, можуть підвищення продуктивності та збереження економічності зростання навіть як частка працездатного віку чисельність населення скорочується (Р 3 і 4). Громадський потрібні інвестиції в дітей та молодь зберігається або збільшується, особливо в країнах на початкові або проміжні стадії демографічного перехід, тоді як уряди реагують на підвищення фіскальний тиск на охорону здоров'я та соціальні системи безпеки, пов'язані зі зростаючою кількістю літніх людей. Це інвестиції в людський капітал для всіх поколінь, включаючи дітей та молодь, необхідні для підтримки та зміцнення сьогодення і майбутнє економічне процвітання та добробут. Як зайнятість зміщується до робіт, які потребують когнітивні та соціально-емоційні навички високого рівня у цю цифрову епоху потрібно буде приділяти більше уваги спрямовані на навчання впродовж життя, щоб йти в ногу зі змінами в технології та підтримувати гнучкість у навичках.

5. Сприяння пенсійним накопиченням може покращитися фінансова незалежність осіб і збільшити сукупне накопичення капіталу (Р 3 і 8). У багатьох країнах із середнім і низьким рівнем доходу люди забезпечують своє фінансове благополуччя в старості віку в основному за рахунок

накопичених заощаджень і сімейні перекази. Заохочуючи економію протягом життєвого циклу, уряди повинні забезпечити рівні можливості для отримати належний доступ до безпечних фінансових продуктів розроблених і справедливих, починаючи з молодого віку. Підвищення фінансової грамотності, заохочення для збереження та простих або типових схем реєстрації може значно збільшити пенсійні заощадження.

6. Прийняття реформ соціального забезпечення, які враховують розширення розриву в довголітті за соціально-економічними ознаками статусу може допомогти зменшити нерівність (Р 10). Підвищення пенсійного віку як тривалості життя збільшується є добре відомим інструментом для просування фінансової стійкості пенсійних систем за вислугу років.

Це також може сприяти участі в робочій силі старшого працездатного віку. При реформуванні системи соціального захисту, не менш важливо враховувати наслідки зростання розриву в житті для добробуту очікувана тривалість за соціально-економічним статусом. Уряди можливо, побажає розглянути індексацію встановленого законом віку при виході на пенсію за соціально-економічним статусом, причому краще освічені групи з вищим доходом насолоджуватися більшою очікуваною тривалістю життя можна розраховувати на оплату довше вносять внески і пізніше отримують пенсію порівняно з менш освіченими, нижчий дохід населення.

7. Встановлення загального соціального захисту є адекватні виплати є ключовими для зменшення бідності та нерівності та сприяння соціальному залученню (І 1, 8 і 10). Хоча всебічний системи соціального захисту вимагають значних інвестицій, поточні витрати на забезпечення основних соціальних захисні підлоги доступні в більшості країн.

Універсальне покриття може бути досягнуто будь-яким внесковим та без внеску схеми або а поєднання двох і мінімальний набір коштів, що фінансуються за рахунок податків доступні для всіх схем протягом усього

життєвого циклу. Спеціальні заходи з урахуванням потреб певних неблагополучних груп може знадобитися забезпечити ефективне охоплення та достатні переваги для всіх.

8. Сприяння здоров'ю протягом усього життя та профілактика піклуватися про збереження максимальної функціональної здатності людей може покращити здоров'я та добробут (ЦСР 3). Оскільки населення старіє, важливо забезпечити постійний і справедливий доступ до оздоровлення та лікування, профілактики, лікування та реабілітації під час усього періоду життя. Здорове старіння - це більше, ніж відсутність хвороб, але також тягне за собою утримання функціональної здатності протягом усього життя. Здоров'я і системи довгострокового догляду необхідно узгодити з ними задоволення потреб старіючого населення шляхом надання інтегрованого догляду відповідно до віку та зосередження на збереження внутрішньої дієздатності людей похилого віку.¹⁷

9. Формування збалансованого підходу до фінансування споживання в літньому віці може допомогти забезпечити рівність між поколіннями та фінансова стійкість (8 і 10). Державна політика впливає на обидва теперішні та майбутні покоління. Сучасні покоління заповідати майбутнім поколінням матеріальне багатство активів і знань. Водночас поточний покоління передають майбутнім поколінням державний борг вони відповідатимуть за. Збалансовані підходи до фінансування споживання похилого віку включає суміш державні трансферти, приватні трансферти, робота та заощадження щоб поширити фінансовий стрес, пов'язаний з старіння населення з часом і між установами.

10. Удосконалення збору та аналізу даних населення та економічні зв'язки можуть забезпечити важливі нові докази для розробки політики (Р 17). Оскільки економічна активність залежить від віку, зміна в віковий розподіл населення обов'язково матиме значний економічний ефект. Щоб досягти інклюзивний і сталий розвиток як суспільства зазнають цієї

демографічної трансформації, нові типи даних повинні бути зібрані та проаналізовані. Національні економічні дані, такі як ті, що регулярно зібрані в національних рахунках тощо системи бухгалтерського обліку повинні бути розбиті за віком, статтю та соціально-економічною групою для розробки політики реагування на основі фактичних даних на виклики старіння населення.

1.3. Вікові та психологічні особливості людей третього віку.

З віком наше тіло зазнає багато змін. Зовні ми змінюємося фізично, але також відбувається багато внутрішніх змін. Когнітивне та психічне здоров'я.

Психічне здоров'я та благополуччя настільки ж важливі в літньому віці, як і в будь-який інший період життя. Психічні та неврологічні розлади серед людей похилого віку складають 6,6% загальної інвалідності (DALY) для цієї вікової групи. Приблизно 15% дорослих у віці 60 років і старше страждають на психічні розлади. Психосоціальні проблеми включають:

- Погана адаптація до змін ролей.
- Погана адаптація до змін способу життя.
- Проблеми сімейних відносин.
- Горе.
- Низька самооцінка.
- Тривога і депресія.

Агресивна поведінка.¹¹[5]

Люди похилого віку можуть зазнавати тих самих життєвих стресів, які є загальними для всіх людей, однак вони відчують додатковий стрес у формі, наприклад, значної постійної втрати працездатності та зниження

¹¹ Short facts What are psychological factors of aging? Available: <https://short-facts.com/what-are-psychological-factors-of-aging/> (accessed 30.11.2022)

функціональних можливостей. Літні люди можуть відчувати обмежену рухливість, хронічний біль, слабкість, діабет, втрату слуху, остеоартрит або інші проблеми зі здоров'ям, і все це потребує певної форми тривалого догляду. Крім того, літні люди частіше переживають такі події, як втрата близької людини або зниження соціально-економічного статусу з виходом на пенсію. На жаль, ці стресори можуть призвести до ізоляції, самотності або психологічного стресу у літніх людей.

Психічне здоров'я впливає на фізичне, і навпаки. Наприклад, люди похилого віку з проблемами фізичного здоров'я, такими як захворювання серця, мають більший рівень депресії, ніж ті, хто здоровий. Крім того, депресія у літньої людини з хворобою серця може негативно вплинути на її результат¹². [4] Для більшості з нас, які перебувають у загальних умовах, робота зі складними емоціями під час реабілітації є життєво важливою, оскільки багато факторів впливатимуть на залучення і участь у лікуванні. Багато методів лікування тих, хто має проблеми з психічним здоров'ям, не відрізняються від тих, які використовуються для вирішення фізичних проблем з клієнтськими групами в інших країнах; проте застосований підхід, можливо, повинен відображати індивідуальні потреби людини у здоров'ї. Загалом, терпіння та емпатія є обов'язковими (з хорошими навичками слухання/консультування як з клієнтом, так і з опікунами), як і переорієнтація на оточення особи та розуміння її поведінки.

Жорстоке поводження з людьми похилого віку – це одноразова або повторювана дія або відсутність відповідних дій, що відбувається в будь-яких стосунках, де очікується довіра, що завдає шкоди або страждає літній людині. Цей тип насильства є порушенням прав людини¹³. [6] Люди похилого віку знаходяться в зоні ризику жорстокого поводження з літніми людьми у

¹² Mental health of older adults Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults> (accessed 30.11.2022)

¹³ Elder Abuse Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (accessed 1.12.2022)

багатьох його формах, наприклад фізичне, вербальне, психологічне, фінансове чи сексуальне насильство, самотність, втрата гідності, нехтування тощо.

Сучасні дані свідчать про те, що 1 із 6 людей похилого віку зазнає насильства над літніми. Жорстоке поводження з людьми похилого віку може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я, фінансові та соціальні наслідки, включаючи, наприклад, фізичні травми, передчасну смертність, депресію, зниження когнітивних здібностей, фінансове спустошення та розміщення в закладах догляду за людьми похилого віку.[4][6]

Найпоширенішими психічними та неврологічними розладами у людей похилого віку є деменція та депресія, якими страждає приблизно 5% та 7% літнього населення світу відповідно¹⁴. [4]

Депресія: може викликати сильний стрес і призвести до порушення функціонування в повсякденному житті. Депресія недостатньо діагностується та лікується в закладах первинної медичної допомоги. Симптоми часто пропускають і не лікують, оскільки вони виникають разом з іншими проблемами, з якими стикаються літні люди. Літні люди з симптомами депресії мають гірші функції порівняно з людьми з хронічними захворюваннями, такими як захворювання легенів, гіпертонія або діабет. Депресія також посилює сприйняття поганого здоров'я, використання медичних послуг і витрат.[4]

Деменція - це загальний термін, який використовується для ознак і симптомів, що характеризуються загальним і непоправним порушенням інтелекту, пам'яті та особистості. Зниження є постійним і прогресуючим. В основному це вражає людей похилого віку, хоча це не є нормальною

¹⁴ Elder Abuse Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (accessed 1.12.2022)

частиною старіння. За оцінками, 50 мільйонів людей у всьому світі живуть з деменцією, причому майже 60% живуть у країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Прогнозується, що загальна кількість людей з деменцією зросте до 82 мільйонів у 2030 році та 152 мільйонів у 2050 році.[4]

У міру того, як люди старіють, зростає ймовірність того, що вони переживуть втрату. Горе є природною реакцією на смерть близької людини і часто зустрічається в клінічній практиці з людьми похилого віку. Гостре горе зазвичай розвивається з часом у комплексне горе. Іноді горе може бути тривалим, важким і завдавати шкоди. Ця неспроможність адаптації до горя призводить до розладу тривалого горя (PGD), який нещодавно було включено до МКХ-11. Характерною рисою PGD є інтенсивна туга за померлим або постійна заклопотаність померлим, яка триває більше 6 місяців після смерті¹⁵. [7]

На жаль, люди похилого віку можуть неохоче обговорювати своє психічне здоров'я та горе зі своєю сім'єю, лікарем загальної практики чи іншим персоналом, який доглядає за ними. Як наслідок, горе у людей похилого віку може залишатися непоміченим.

Літні люди, які пережили смерть партнера, мають до чотирьох разів більше шансів зазнати депресії, ніж літні люди, які не втратили партнера¹⁶. [8] [9]

Люди похилого віку можуть зазнавати тих самих життєвих стресів, які є загальними для всіх людей, однак вони відчують додатковий стрес у формі, наприклад, значної постійної втрати працездатності та зниження функціональних можливостей. Літні люди можуть відчувати обмежену рухливість, хронічний біль, слабкість, діабет, втрату слуху, остеоартрит або

¹⁵ Meichsner F, O'Connor M, Skritskaya N, Shear MK. Grief before and after bereavement in the elderly: an approach to care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020 May 1;28(5):560-

¹⁶ Independent age Older bereaved people are up to four times more likely to experience depression, but less likely to receive support, according to new report Available: <https://www.independentage.org/news-media/press-releases/older-bereaved-people-are-up-to-four-times-more-likely-to-experience> (accessed 30.11.2022)

інші проблеми зі здоров'ям, і все це потребує певної форми тривалого догляду. Крім того, літні люди частіше переживають такі події, як втрата близької людини або зниження соціально-економічного статусу з виходом на пенсію. На жаль, ці стресори можуть призвести до ізоляції, самотності або психологічного стресу у літніх людей.

Психічне здоров'я впливає на фізичне, і навпаки. Наприклад, люди похилого віку з проблемами фізичного здоров'я, такими як захворювання серця, мають більший рівень депресії, ніж ті, хто здоровий. Крім того, нелікована депресія у літньої людини з хворобою серця може негативно вплинути на її результат.[4]

Для більшості людей похилого віку пов'язані з віком зміни в когнітивних здібностях (мисленні) є помірними та не впливають суттєво на повсякденне функціонування. Люди похилого віку здатні освоювати нові навички навіть у пізньому віці, хоча навчання може тривати довше, ніж у молодших дорослих. довгострокова пам'ять помітно змінюється з віком, але довготривала пам'ять погіршується з віком менше. Деякі зміни в пізнавальній діяльності є нормальними з віком, наприклад уповільнення часу реакції та зниження здатності розв'язувати проблеми. Швидкість, з якою інформація кодується, зберігається та отримується, також зменшується з віком. Однак багато людей похилого віку перевершують своїх молодших у тестах інтелекту, які спираються на накопичені знання та досвід. Мудрість і творчість часто зберігаються до самого кінця життя. Риси особистості залишаються відносно стабільними з часом. Наприклад, люди, які були комунікабельними в юності, ймовірно, будуть комунікабельними в подальшому житті. Більшість людей похилого віку повідомляють про хороше психічне здоров'я та мають менше проблем із психічним здоров'ям, ніж інші вікові групи. Проте кожна четверта літня людина має такі проблеми з психічним здоров'ям, як депресія, тривога, шизофренія або деменція. Рівень

самогубств серед чоловіків старше 85 років вищий, ніж у будь-якій іншій віковій групі.

Очікується, що кількість людей похилого віку з проблемами зловживання психоактивними речовинами подвоїться до п'яти мільйонів до 2020 року. Деменція (включаючи хворобу Альцгеймера, найпоширеніший тип деменції) не є нормальною частиною старіння. Приблизно 5 відсотків осіб у віці від 71 до 79 років і 37 відсотків населення старше 90 років страждають. З віком люди, як правило, більш задоволені своїм життям і більш оптимістично дивляться на старіння. Втратити ключі, загубити гаманець або забути чиєсь ім'я є загальним досвідом. Але для людей старших або старших 65 років, така пам'ять помилки можуть лякати.

Розвиток хвороби Альцгеймера є поширеним явищем страх перед літніми людьми. Доброю новиною є те, що хвороба Альцгеймера не є нормальна частина старіння. Більшість літніх людей не отримують хвороба Альцгеймера! Менше 1 з 5 людей віком 65+ і менше половини людей віком 85+ мають це захворювання. Однак важливо розуміти, що наш мозок змінюється з часом, і це корисно бути здатний відрізнити нормальні зміни від тих, що потребують медичної та психологічної допомоги.

Хоча нові нейрони розвиваються протягом нашого життя, наш мозок досягає свого максимального розміру під час нашого раннього періоду двадцятих років, а потім починає дуже повільно зменшуватися в обсязі. Приплив крові до мозку також з часом зменшується¹⁷.

Доброю новиною є те, що багато досліджень показали, що мозок залишається здатним до відновлення та навчання збереження нових фактів і навичок протягом життя, особливо для люди, які отримують регулярні фізичні вправи та часті інтелектуальні стимуляція. Хоча є колосальні відмінності у людей деякі когнітивні здібності зберігаються покращуються

¹⁷ <https://www.apa.org/pi/aging/memory-and-aging.pdf>

навіть у старшому віці, деякі є постійними, а деякі занепад. Тип пам'яті, який називається семантичною пам'яттю, продовжується покращити для багатьох людей похилого віку.

Семантична пам'ять це здатність згадувати поняття та загальні факти, які не пов'язані з конкретним досвідом. Наприклад, розуміння поняття, яке використовують для розповіді годинників час є простим прикладом семантичної пам'яті. Цей тип пам'яті також включає словниковий запас і знання мова. Крім того, процедурна пам'ять, ваша пам'ять як робити речі, наприклад, як визначити час за допомогою читання цифри на годиннику зазвичай залишаються незмінними. Деякі типи пам'яті дещо погіршуються

Ви іноді приходите в продуктовий магазин і їсте вам важко згадати, що ви збираєтеся отримати? Робити час від часу вам важко згадати, де ви залишив машину на стоянці? Або у вас є труднощі запам'ятовування зустрічей, наприклад, коли ви маєш зустрітися з сусідом на каву? Епізодичні

пам'ять, яка фіксує "що", "де" і "коли" нашого повсякденного життя, винен. Як епізодичні, так і більш тривалі термінова пам'ять дещо погіршується з часом. Інші типи функцій мозку, які незначно знижуються або повільний

включають:

- обробка інформації та вивчення нового
- виконання кількох завдань одночасно та переміщення уваги між завданнями

Якщо у вас або вашої близької людини проблеми з пам'яттю, це ще більше

набридливіше, ніж ви зазвичай очікуєте, не припускайте цього. Винуватцем є хвороба Альцгеймера або інша форма деменції. Збій в пам'яті

може бути викликана багатьма фізичними та психологічними умовами які є оборотними. Визначте та лікуйте стан пам'яті покращиться.

Дослідники виділяють чинники, що можуть призвести до проблем з пам'яттю:

Рис 1. Чинники, що погіршують пам'ять



Важливо обговорювати ці та інші можливі причини пам'яті проблеми лікарем і отримати повний медичний огляд. Варто звернутися до психолога для повного нейропсихологічного обстеження оцінки, щоб виключити тривогу, депресію чи інші психологічні стреси і перевірити когнітивні зміни¹⁸

Зміни у фізіологічному здоров'ї. Ряд фізичних змін і проблем зі здоров'ям стають все більш поширеними з віком. Однак, як і всі люди похилого віку різні, стан їхнього здоров'я також різниться. Багато з них активні та здорові, тоді як інші слабкі та мають численні захворювання. Приблизно 92 відсотки людей похилого віку мають принаймні одне хронічне захворювання, а 77 відсотків мають два або більше. Чотири хронічні захворювання — серцево-судинні захворювання, рак, інсульт і діабет — щороку спричиняють майже дві третини всіх смертей серед людей віком 65 років і старше.

На людей віком 55 років і старше припадає понад чверть усіх американців, у яких діагностовано ВІЛ, і ця кількість зростає. Порушення слуху серед людей похилого віку часто є легкими або помірними, але вони широко поширені; майже 25 відсотків дорослих у віці 65–74 років і 50 відсотків у віці 75 років і старше мають порушення слуху, які часто є ізольованими. Зміни зору серед літніх людей призводять до таких проблем, як уповільнення швидкості читання та труднощі з читанням дрібного шрифту та при слабкому освітленні, а також важко керувати автомобілем у нічний час. Частка людей похилого віку, які потребують допомоги в повсякденних справах, зростає з віком.

Менше однієї п'ятої людей похилого віку у віці від 65 до 74 років потребують допомоги в повсякденних справах, таких як купання або їжа. Це

¹⁸ <https://www.apa.org/pi/aging/memory-and-aging.pdf>

збільшується до 40 відсотків чоловіків і 53 відсотків жінок старше 85 років, які потребують такої допомоги. Літні етнічні та расові меншини мають більшу поширеність ожиріння, діабету та гіпертонії, а також більш ранній початок хронічних захворювань, ніж білі люди похилого віку. Деякі з факторів, що сприяють цій невідповідності, – це бідність, відокремлені громади з меншою кількістю ресурсів для сприяння здоров'ю, низька освіта, безробіття, дискримінація та обмежений доступ до якісної медичної допомоги. Незважаючи на ці проблеми з психічним і фізичним здоров'ям, дві третини літніх людей, які не живуть у закладах тривалого догляду, повідомляють, що стан їхнього здоров'я добрий, дуже добрий або відмінний порівняно з іншими людьми їхнього віку.

Серцевий викид зменшується лінійно після третього десятиліття зі швидкістю близько 1 відсотка на рік нормальні суб'єкти, в іншому випадку не мають серцевих захворювань». За рахунок невеликого зменшення площі поверхні с з віком серцевий індекс падає трохи повільніше ставка 0,79 відсотка на рік. Серцевий викид 80-річного суб'єкта становить приблизно половину що 20-річного. В основі цього зниження на серцеву функцію невідомо, але може стосуватися один із кількох факторів.

По-перше, старіючий серцевий м'яз зменшився інотропна відповідь на катехоламіни, як ендогенні, так і екзогенні, і, можливо, багато іншого Клінічно значущим є зниження відповіді на серцеві глікозиди». По-друге, з віком виникає асоційоване збільшення діастолічної та систолічної жорсткості міокарда, можливо, через збільшення інтерстиціального фіброзу в міокарді.³ По-третє, існує прогресуюче зміцнення артерій з віком, особливо грудної аорти, що призводить до збільшення навантаження на серце.⁴ І, нарешті, в аутопсія досліджує аж 78 відсотків суб'єктів було показано, що у людей старше 70 років є амілоїд відкладення в міокарді, переважно в передсердях, а також у шлуночках і легенях судини. При наявності амілоїду в шлуночках і судин це часто може призвести до застійної недостатності з дефектами

провідності. Можливий амілоїдоз серця бути відносним протипоказанням до лікування с певними медичними препаратами, оскільки, схоже, спостерігається підвищення ризик виникнення аритмії.

Здорове старіння включає фізичне, психологічне, соціальне та духовне благополуччя в наступні роки. Розглянемо більш детально.

Деменція - це більше, ніж просто пам'ять порушення. Це стосується 5% населення старше 65 років. Очікується, що в наступному поширеність подвоїться 20 років [5]. Він може проявлятися як короточасний втрата пам'яті, труднощі пошуку слів, критична здатність проблеми, труднощі в роботі зі складними повсякденними справами речі, апатія, дратівливість і в більш важких випадках як апраксія, втрата розбірливості мови, втрата здатності до ходьба, фізична дратівливість [6].

Для дослідження дуже важливо отримати направлення до марення людей похилого віку. Визначається як гострий сплутаність свідомості, що змінюється протягом дня, характеризується порушенням свідомості, орієнтація, пам'ять, мислення, увага та поведінка. Делірій літніх людей часто є першопричиною втрати автономії, підвищення захворюваності та смертності та підвищення вартості медичних послуг у зв'язку з продовженням госпіталізація [7].

Майже всі люди іноді відчувають себе під час свого живе нещастям, смутком чи розчаруванням. Такі швидкоплинні відчуття є нормальними. Але якщо ви потрапите на а щодня, і це відчуття залишається протягом тривалого часу, тоді людина ймовірно страждає від депресії. Захворюваність на депресію вища у людей похилого віку. Депресивні люди похилого віку втратили справжній сенс життя, з супутньою втратою життєвості рухів.[8]¹⁹.

Фактори, пов'язані з виникненням депресії

¹⁹ Bruce ML, Mc Avay, GJ, Raue, PJ, Brown, EL, Meyers, BS, Keohane, DJ, Weber C. Major depression in elderly home health care patients. Am J Psychiatry. 2002 Aug;159(8):1367-74.

Депресія буває двох типів: депресія, пов'язана з літніми людьми середовище проживання, яке викликає тиск і стрес, а також ті, що пов'язані з людьми похилого віку, і точніше з його біологічними функціями. Щодо біологічного

Причини депресії у цих пацієнтів знижені кількість певних речовин, які називаються нейромедіаторами. Нейромедіатори знаходяться в мозку і використовуються у спілкуванні між клітинами мозку. Два речовини, з якими безпосередньо пов'язана їх відсутність депресія - це серотонін і ні адреналін (органічний депресія). Органічна депресія є наслідком біологічні зміни в організмі пацієнта або тому що захворювання, яке вражає центральну нервову систему або через отримані ліки, що викликає відповідні біохімічні зміни внаслідок скорочення до кількості певних речовин, наз нейромедіатори. Нейромедіатори знаходяться в мозку і використовуються для спілкування між мозком. клітини. Дві такі речовини, що їх відсутність

Серотонін і норадреналін [7]. Людина з нестачею цих нейромедіаторів може спричинити депресія. Такими подіями можуть бути втрата партнера або друг або наявність великих фінансових проблем і у багатьох випадках проблеми, пов'язані з виходом на пенсію. Серйозні проблеми зі здоров'ям, які часто зустрічаються у літніх людей також може викликати депресію. Частково причиною є депресія через відчуття, що хтось втрачає незалежність або здатність доглядати за собою; частково через постійні болі, які часто супроводжують хронічні фізичні захворювання. Нарешті, відомо, що старші люди використовують багато ліків для лікування багатьох захворювання, деякі з яких можуть викликати депресію. [9] У людей похилого віку симптоми депресії є часто проявляється постійним відчуттям втоми, зниження інтересу, розлитий біль по всьому тіло або порушення пам'яті або концентрації, особливо коли ці симптоми викликають зміни в звички літньої людини. Типовий показник в можлива депресія в цьому віці - втрата інтересу до займаючись своїми онуками [10]. Все це симптоми не є природним наслідком старості, але частіше ознака наявності депресії, і знак звернутися

до лікаря. Суїцид є провідним ризиком для пацієнтів з депресією. Приблизно 15% з пацієнтів з важкою депресією вчиняють самогубство. Потім, найкращий спосіб запобігти самогубству - раннє виявлення і лікування депресії, захворювання, яке призводить нерідко до самодеструктивних дій [4,10].

Лікування депресії у людей похилого віку містить прийом антидепресантів такі як інгібітори моноаміноксидази (МАО), які спрямовані на зменшення

Стрес є домінуючим симптомом нейротизму розладів і показує як психологічні, так і фізичні ознаки та симптоми. Психологічні симптоми включають симптоми захворювання. Психологічні консультації також дуже корисні для полегшення симптомів депресії у людей похилого віку [11]. Консультації мають бути пов'язані з потребами та умовами життя людей похилого віку. Психотерапія може допомогти літнім людям у поєднанні з легким антидепресантом [12]. Емоційна підтримка членами сім'ї дозволяє літнім громадянам висловити свою думку про почуттів і змусити їх почуватися важливими членами суспільства. Крім того, альтернативні методи терапії депресії, наприклад музична терапія, арт-терапія тощо використання ігор також може сприяти цій ролі [13,14]²⁰.

Стрес є домінуючим симптомом нейротизму розладів і показує як психологічні, так і фізичні ознаки та симптоми. Психологічні симптоми включають відчуття страху або жаху без будь-якої причини. Фізичні симптоми, які супроводжують стрес зазвичай пов'язаний з вегетативною діяльністю нервової системи і включають напругу м'язів, тахікардія та підвищене потовиділення²¹[19].

Характерні симптоми тривоги в людей похилого віку страждають, мабуть, незначно подій і болісного очікування в повсякденному житті рівень.

²⁰

²¹ Anxiety - Anxiety Disorder. Available from: <http://psi-gr.tripod.com>. [cited 2015 Jan 03].

Можлива тривога та фобія у літньому віці залишки попередніх хронічних захворювань або можуть бути нові проблеми, що виникають вперше. Часто пов'язані з розладами фізичного здоров'я неврозах, а також при самотності та самообслуговуванні неспроможність. Іноді можуть виникати фізичні захворювання нервозність, тахікардія та інші симптоми занепокоєння. Ретельний анамнез і хороший фізичний стан слід пройти експертизу. Крім того, фізичний. Захворювання, яке з'являється лише у літніх людей, може посилитися занепокоєння. [20]

Соціальні працівники, психологи, медсестри повинні бути поруч із людьми похилого віку не тільки вилікувати фізичні проблеми, а також забезпечити психологічної підтримки, якої вони потребують на цьому етапі свого розвитку життя. Фізичних і соціальних змін багато в результаті страху літніх для всіх цих невідомі факти величезні. [15]

Самотність - це сумне відчуття ізоляції від інших людей, зазвичай супроводжується розумовою втомою, гіркоту чи навіть відчай. Самотність шкідлива фізичне та психічне здоров'я, а членство в соціальні групи виступають парасолькою в його появі [11]. Ми всі переживаємо моменти самотності життя протягом короткого або тривалого періоду. Це явище є більш виражений у підлітковому та старішому віці. На різного віку людина також повинна адаптуватися до зовнішнього умови, такі як місце роботи, шлюб, продовження роду або вихід на пенсію [22]. Етап виходу на пенсію в поєднання з віком може бути постійним причина самотності, тому що необхідна особистість адаптувати своє повсякденне життя в нових умовах, що найчастіше призводять до меланхолії, оскільки він розколотий як активний член товариства. У цей період проводиться огляд в минуле змушує стару людину думати про себе невинуватих очікувань і призводить його/її до відчувати загальну печаль і самотність.

Крім того, люди похилого віку почуваються самотніми, оскільки вони переживають втрату своїх близьких, для наприклад втрата партнера, факт, що призводить до їх соціальна ексклюзія [11,22]²².

Взаємовідносини людей похилого віку зі своїми діти також ослаблені, тому вони не контактують з їх більше регулярно, через течію такі ситуації, як робота та великі відстані.

Засіб від самотності - це виховання самоповаги, лікування та усунення негативних думок і травматичний досвід минулого. Кожен повинен вірити, що варто бути коханим, піклуватися про них Навколо нього активно і безперервно шукають способи придбати нові інтереси та контакти [23].

Соціальні працівники мають усвідомлюючи нормальний процес старіння та втручання з відповідними техніками, спрямованими на розвиток дружніх стосунків. Це допоможе людям похилого віку вільно виражати свої почуття та зміцнити їх, щоб створити дружбу з інші люди. Це також допоможе їх подолати самотності та створити гарну щоденну програму, націлену при зменшенні їхньої самотності [15].

Сім'я - це та, яка може зменшити виникнення психосоціальних проблем літніх людей людей і навіть їх вимирання. Тісний зв'язок всередині сім'я може допомагати і підтримувати людей, показуючи їм, що вони дійсно сім'я [24]²³. Є багато речей, які сім'ї можуть зробити, щоб допомогти людям похилого віку, щоб зменшити ймовірність страждання від психосоціальних проблем. Сім'ю добре не ізолювати старших від своєї діяльності. Крім того, це добре для старійшин за підтримки та заохочення їх сім'ї, знайти заняття, які приносять їм задоволення, яке може включати розважальні заходи, екскурсії, зустрічі, навчальні заходи, а також працевлаштування на

²² Waugh A. Depression and older people. Nurs Older People. 2006 Sep;18(8):27-30

²³ Doty P. Family care of the elderly: The role of public policy. The Milbank Quarterly, 1986:34-75.

добровільному чи недобровільному рівні. Навіть якщо людині важко визначити, як бути соціалізуватися або бути активним, сім'я може дати йому відповідні стимули, щоб пристосуватися до повсякденного життя найкращий можливий спосіб, щоб залишатися незалежним і активний [5]. особливо людям похилого віку ²⁴[2]. Якщо це неможливо, тоді навіть часті візити до людей похилого віку можуть викликати а велика радість для них, наприклад просто прогулянка з а член сім'ї. Іноді навіть простий телефонний дзвінок може принести цим людям максимум радості та дає їм розраду, що хтось піклується про них ²⁵[2]. Задоволення, отримане від належного догляду значну роль у протистоянні депресії симптомів і може покращити якість догляду. Це є надійний показник якісного забезпечення здоров'я ²⁶[9,]. У широкому розумінні під старінням розуміють динамічні явища, пов'язані з перевагою темпів деструктивних процесів над реконструктивними. Причому ці зміни відбуваються на біологічному рівні – коли організм стає більш вразливим, зростає ймовірність смерті; на соціальному рівні – людина виходить на пенсію, змінюється соціальний статус, соціальні ролі, патерни поведінки; на психологічному – коли особистість усвідомлює зміни, що відбуваються, і намагається пристосуватися до них. Відомий американський психолог Е. Еріксон розглядав старість як стадію розвитку особистості, на якій можливе або набуття такої якості, як інтегративність – цілісність особистості, або переживання відчаю від того, що життя майже скінчилося, але прожите воно не так, як хотілося і планувалося. Таку поведінку людини науковець пов'язував з кризою, що охоплює людину на етапі старості. На думку Е. Еріксона, основне завдання людини похилого віку – усвідомлення і прийняття прожитого життя і особистостей, з якими вона контактувала, як внутрішньо необхідної та єдино можливої умови існування. Мудрість

²⁴ Alpass FM, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. *Aging Ment Health*. 2003 May;7(3):212-6.

²⁵ . Stoltz P, Uden G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home-a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(2):111-9

²⁶ 29. Tsaloglidou A. Does audit improve the quality of care? *Int J Caring Sci*. 2009;2(2):65-72.

полягає у прийнятті особистістю власного життя цілком, з усіма його злетами і падіннями, у відсутності занепокоєння з приводу неправильно прожитого життя і можливості почати його з початку [5]. Д. Бромлей розглядає людське життя як процес, що складається з п'яти циклів: утробний, дитинство, юність, зрілість та старіння. Науковець характеризує старість досить лаконічно: повна незайнятість, відсутність будь-яких ролей, крім сімейних, зростаюча соціальна ізоляція, поступове скорочення кола близьких людей, особливо з середовища однолітків, фізична та розумова недостатність. Однак, на думку Д. Бромлея, процес старіння у кожної людини протікає індивідуально. Тому не слід застосовувати до всіх людей похилого віку один і той же критерій. Важливо усвідомити, що літні люди – це вікова група, яка має соціально специфічні особливості та потреби. Д. Бромлей доводить, що здорова людина похилого віку, виходячи зі своїх потреб та інтересів, може займатися культурною, професійною, громадською, художньою та спортивною діяльністю. При цьому оточення повинно надати допомогу людині похилого віку, не створюючи бар'єрів. Старість ні в якому разі не повинна бути пасивною вегетацією, вона має стати подальшим етапом реалізації прагнень людини, задоволення її потреб бути значущою і самостійною. Тобто має відбуватися пристосування організму до різноманітних змін, що є однією з визначальних умов довголіття. Широке включення літніх людей до суспільного життя, на думку науковця, 95 № 3 (5) 2016 дозволить молоді позбутися страху від наближення похилого віку та побачити в ній природну форму свого майбутнього життя. Відповідно до сучасних фізіологічних уявлень у похилому віці відбуваються зміни, що можуть бути як пов'язаними із захворюваннями організму людини, так і незалежними від них. У першому випадку мова йде про передчасне, або патологічне старіння, а в другому – про природне, або фізіологічне старіння. Таке розмежування, будучи досить умовним, було запропоноване І. Мечниковим. Науковець спростував погляд на старість як хворобливий період життєдіяльності особистості, оскільки літня людина може й не бути

обтяженою захворюваннями. При фізіологічному старінні в організмі спостерігається послідовне зниження інтенсивності процесів обміну речовин, а також атрофічні зміни, що поступово розвиваються в усіх системах (нервовій, ендокринній, імунній, серцево-судинній, дихальній, травній та інших), зумовлюючи зниження функціональних здібностей організму [6]. У похилому віці розрізняють “психічну старість” і “фізичну немічність”. Перше поняття пов’язане зі змінами структури особистості старої людини, а друге – з протіканням біологічних процесів в організмі. Однак нерідко зустрічаються психічно передчасно постарілі молоді люди та особистості, які, незважаючи на свій похилий вік, не мають ознак психологічного старіння та залишаються здатними до розвитку. Психічна старість характеризується змінами, що спостерігаються у психології, характері та поведінці окремих людей. Інтереси стають більш одноманітними та не пов’язаними з необхідністю залучення значного часу, сил на м’язову або розумову роботу. Недоліками психічної старості є окремі якості поведінки людини: скупість, заздрість, недовіра тощо, які в похилому віці посилюються. Увага літньої людини все більше загострюється на проблемах здоров’я. Вона з недовірою сприймає ті факти та ідеї, які були їй не відомі раніше, причому значення їх, як правило, недооцінюється. Старіння – дуже складний процес. Учені-геронтологи виділяють кілька типів процесу старіння: хронологічну, фізіологічну, психологічну та соціальну старість. Домінуючим фактором у визначенні хронологічної старості є кількість прожитих років; фізіологічної – стан здоров’я, сукупність соматичних відхилень організму; психологічної – самоусвідомлення людиною свого місця у віковій структурі; соціальна старість визначається рівнем старіння населення в цілому (тобто, чим вищий рівень старіння населення, тим далі відсувається індивідуальна межа старості). Проаналізуємо основні ознаки кожного типу процесу старіння. Існують дві основні біологічні теорії старіння. Відповідно до стохастичної теорії, або теорії зношування організму, людина старіє у результаті випадкових пошкоджень, які були завдані навколишнім середовищем. За

теорією генетично запрограмованого старіння, процес старіння визначається діями особливих генів. Цей вид старіння пов'язують з ходом біологічного годинника [7]. У біологічному плані старіння – процес універсальний і неминучий. Йому піддаються всі тілесні органи та системи організму. Старіння – складний біологічний процес перебудови всього організму, який не слід зводити лише до зовнішніх змін і зниження життєвої активності. Швидкість старіння кожного індивіда різна і залежить від багатьох факторів. Біологічний вік не завжди збігається з паспортним. Відзначимо найбільш помітні зміни. Погіршується робота органів чуття. Після 55 років знижується гострота зору і чутливість ока. Збільшується нижній поріг світловідчуття. Відбувається підвищення порогових величин усіх видів смакової чутливості. Реакція вестибулярного апарату слабка або взагалі відсутня. Час реакції на звук збільшується, починаючи з 60 років. Ця особливість, на думку Дж. Біррена, є найбільш універсальною ознакою процесу старіння. Вербально-логічні функції, які до 50 років у людини зростали, до 60 років – знижуються. Спосіб життя, пережиті хвороби, нещасні випадки впливають на процес старіння. Їх іноді називають факторами патологічного старіння, але деякі фахівці вважають, що вони є невід'ємною частиною життя, а, отже, і старіння людини [8]. Біологічні зміни старіння на сьогодні є незворотними. Однак сучасний рівень розвитку медицини дозволяє їх значно сповільнити. Завдяки цьому, наприклад в Японії, нині налічується більш ніж 20 тисяч людей, яким виповнилося більш ніж 100 років. Такий показник неможливо було передбачити ще 20–30 років тому. Сьогодні це соціальна та біологічна реальність, яка висуває свої вимоги до системи охорони здоров'я та соціального забезпечення в усьому світі. Що стосується пізнавального розвитку людей похилого віку, більшість науковців доводять, що основна частка розумових здібностей зберігається. Одна з головних змін когнітивних здібностей у людей літнього віку – сповільнення темпу виконання фізичних і розумових операцій. Зростає час реакції, сповільнюється обробка перцептивної інформації, знижується швидкість когнітивних процесів.

Частково це може бути пояснено тим, що літні люди цінують точність. Вони дедалі частіше намагаються дати вірну відповідь на кожне запитання і рідше – вгадати потрібну відповідь. Окрім того, для них можуть бути незвичними деякі типи завдань, що використовуються в ситуації тестування. Літні люди можуть діяти повільніше тому, що останнім часом не застосовували свої навички. Однак вони можуть компенсувати недолік швидкості реакції за рахунок досвіду. Потренувавшись, літня людина здатна майже повністю відновити колишню швидкість реакцій [9]. Дослідження показують, що в похилому віці погіршуються функції сенсорної пам'яті. Літні люди здатні сприймати й утримувати значно менше інформації, ніж молодь. Науковці пов'язують це з тим, що у людей похилого віку гірше працюють зорова та слухова системи. Первинна пам'ять, яка робить можливим усвідомлене переживання інформації, залишається без змін. У вторинній, довготривалій, пам'яті спостерігаються очевидні зміни. Літні люди схильні запам'ятати те, що для них важливо, чи може стати в нагоді. Вони зазвичай краще виконують завдання, якщо отримали інструкцію. Однак навіть після тренувань людям за 70 років не завжди вдається відновити рівень пізнавальних можливостей до рівня молоді. Зниження пізнавальної діяльності може бути спричинене як прямими, так і непрямими причинами. До прямих причин належать хвороба Альцгеймера і судинні ураження мозку. До непрямих причин зниження інтелектуального рівня належать психологічні очікування, психічне здоров'я, фізична форма, харчова недостатність, вживання алкоголю протягом тривалого часу, лікарські засоби, що приймаються як за призначенням лікаря, так і як самолікування, інтелектуальної бездіяльності. Хоча молодь перевершує людей похилого віку за рівнем інтелектуальних здібностей, однак, що стосується мудрості, то тут усе відбувається навпаки. Мудрість – це система знань, яка орієнтована на практичний бік життя і дозволяє виносити зважене судження і давати корисні поради на життєво важливі питання. Мудрість – це когнітивна властивість, в основі якої лежить кристалізований, культурно обумовлений інтелект і яка

пов'язана з досвідом людини. На думку П. Балтеса, існує дві причини, за яких з віком може зростати обсяг і якість знань, пов'язаних з мудрістю людини. По-перше, потрібний багаторічний досвід поведінки в різних ситуаціях. По-друге, коли люди старіють, у них розвивається властивість, що сприяє вияву мудрості, зокрема генеративність, пов'язана з особистісним і когнітивним розвитком [10]. Специфіка емоційної сфери літньої людини багато в чому залежить від успішності проходження вікової кризи, ступеня вирішення вікових завдань. М. Єрмолаєва виділяє дві основні стратегії емоційного старіння. Перша припускає можливість подальшого особистісного росту, інша – спрямована на збереження себе, насамперед, як індивіда. Оскільки фізіологічні можливості і потреби повільно згасають, то друга стратегія не забезпечує задоволеності життям і позитивного емоційного фону [11]. Загалом, дослідники відзначають, що в похилому віці зменшується інтенсивність емоцій. Як правило, загострюється той фон настрою, який переважав у людини в молоді роки. Тобто, якщо у молоді роки індивід передусім був сумним, то в літньому віці цей настрій буде не лише переважати в кількісному плані, а й відчуватися сильніше. У старості спостерігається залежність емоційного стану від типу соматичного захворювання. Наприклад, гіпертоніки підвищено ранимі, образливі, недовірливі. У свідомості людини старість часто відбивається як хворобливий стан, з яким можна і потрібно боротися. Типовим явищем для літніх людей є віково-ситуаційна депресія – розлад настрою без наявності нервово-психічного захворювання. Основним травмувальним фактором є власний вік, а змістом – неприйняття свого старіння. Виділено три варіанти перебігу віково-ситуаційної депресії. 1. Іпохондричне акцентування уваги на старечих недугах. Людина все більше звертає уваги на хвороби та способи лікування, при цьому вона не пов'язує їх зі старістю і сподівається на одужання. 2. Міркування про утиск. Ставлення оточення до людини похилого віку уявляється виключно несправедливим. Їй здається, що всі навколо морально пригноблюють її, обмежують права. Відсутність утисків

довести неможливо, оскільки людина похилого віку не здатна до критичного ставлення. 3. Вигадки з гордовитими ідеями про власну значимість. Людина розповідає певні обрані епізоди з власного життя [12]. На емоційний стан літньої людини багато в чому впливає наявність психосоматичних проблем. Багато з них зумовлені переживаннями протягом життя, частина з'являється вже у похилому віці, якому властива наявність значної кількості стресогенних ситуацій і подій. Часто в психосоматичних захворюваннях виявляється незадоволення людини прожитим життям. Багатьом літнім людям боляче звертатися до свого минулого, тому вони уникають осмислювання, витісняють почуття і думки, що призводить до розпачу, апатії, а також знаходить вираз у різних соматичних захворюваннях. Отже, людина похилого віку стає емоційно більш вразливою, вимагає більш чуйного, уважного ставлення, особливо з боку близьких, родичів, працівників медичних, освітніх та соціальних закладів. Незважаючи на це, при виборі життєвої стратегії, літня людина може відчувати себе емоційно благополучною за практично будь-яких життєвих обставин. У завдання соціальних служб має входити не лише забезпечення психоемоційного комфорту, але і надання допомоги у виробленні позитивної стратегії емоційного старіння. Швидше за все, найбільший вплив на цей вибір чинить осмислення життєвого шляху. Отже, ціннісні орієнтації людей похилого віку відображають найрізноманітніші потреби, які притаманні особистостям цього віку: 1) пов'язані із соціальними потребами (у значимій діяльності, дозвіллі, спокійному відпочинку, гарних матеріальних і побутових умовах); 2) соціально-психологічні потреби (у міжособистісному спілкуванні, престижі, незалежності, чуйному, дбайливому ставленні оточення); 3) потреба у збереженні здоров'я. Найважливішими психологічними завданнями розвитку людини літнього віку є: а) узгодженість з власною ідентичністю, яка вимагає опори на минуле і в той же час своєчасної перебудови Я-концепції, стилю поведінки відповідно до умов життя, що змінилися; б) віднаходження сенсу життя, що напряду пов'язано з оцінкою

власного минулого. Іншим маркером зміни статусу є вихід на пенсію, що є складною, багатоплановою соціальною подією і соціальним процесом. Він складається з етапу підготовки до припинення діяльності, етапу прийняття безпосереднього рішення про припинення трудової діяльності та етапу адаптації до нових соціальних ролей. Вихід на пенсію – це важлива подія не лише для певної людини, але і для її оточення. Процес адаптації людини до нового статусу протікає за двома сценаріями. З одного боку, людина пристосовується до свого соціального мікрооточення, а з іншого – останнє теж пристосовується до її нової соціальної ролі. Припинення роботи супроводжується у багатьох літніх людей зміною способу життя, розірванням звичних зв'язків, звуженням одних можливостей та розширенням і появою інших, необхідністю по-новому структурувати власний час. Значно повільніше відбувається зміна структури особистості, що характеризується у цьому віці, як правило, великою стійкістю. У зв'язку з цим адаптація пенсіонерів до нових умов, засвоєння ними нових соціальних ролей ускладнюється та вимагає значної кількості часу. Вихід на пенсію, що означає втрату колишнього статусу та зниження активної діяльності, може призвести до порушення сформованого динамічного стереотипу особистості.

ВИСНОВОК ДО I РОЗДІЛУ.

У науковій літературі також акцентується увага на ресурсні можливості літньої людини. Під ресурсними можливостями слід розуміти певні особливості літніх людей, які можуть сприяти благополучному старінню і вирішенню вікових завдань. На наш погляд, вони можуть і повинні бути актуалізовані в будь-яких соціальних структурах, призначених саме для створення найбільш комфортних умов існування літнього населення. Результати досліджень закономірностей вікового розвитку в науковій школі Б. Ананьєва дозволили ввести в геронтопсихологію поняття реституціалізації в геронтогенезі, під яким розуміються новоутворення у літньому віці, комплекс процесів відновлення, спрямованих на уповільнення

старіння [13]. Тобто існують механізми, що пом'якшують перебіг процесів старіння. Суб'єктивний стан людини багато в чому залежить від того, які засоби адаптації виробив індивід у процесі своєї соціалізації. На думку А. Мудрика, соціалізація – “розвиток і трансформація людини у процесі засвоєння і відтворення культури, що відбувається шляхом взаємодії особистості зі стихійними умовами життя на всіх вікових етапах. Сутність соціалізації полягає у поєднанні процесів пристосування і відмежування людини від конкретних вимог суспільства. Іншими словами, поряд з процесами старіння в організмі людини розвиваються пристосувальні психологічні механізми, завдяки яким повноцінна діяльність може тривати до глибокої старості. Наприклад, слабка мимовільна пам'ять компенсується багатою асоціативною пам'яттю або звичкою записувати необхідні відомості, а розсіяна увага – здатністю до її швидкого переключення. Розширення соціальних контактів або підтримка їх на досить високому рівні долають у літніх людей категоричність і відсталість суджень. Ортодоксальні погляди можуть суперечити обставинам життя, викликаючи важкі душевні переживання у літніх людей. У цьому відношенні люди похилого віку потребують здійснення психологічної корекції для зміни ставлення до самих себе, щоб навчитися переоцінювати і включати свій внутрішній досвід, приймати протилежну позицію. Активізація компенсаторних механізмів особистості похилого віку потребує глибинної перебудови ієрархії мотивів. Поради їм потрібно давати тоді, коли вони налаштовані слухати, і пропонувати їх у непрямій формі. Особистостям із жорсткою і відсталою системою принципів поведінки було б досить важко та часом неможливо діяти у мінливому середовищі, якщо б захисні механізми не оберігали їх психіку. Спосіб захисту людей літнього віку та стратегія поведінки в похилому віці залежать від життєвого шляху, стереотипів поведінки. Висновки. Незважаючи на наявність біологічних змін, які можна сповільнити за допомогою сучасної медицини, збереження когнітивних процесів слід пов'язувати із самооцінкою, внутрішнім настроєм літньої людини, її

бажанням до саморозвитку і тренування. При цьому досвід дозволяє компенсувати зниження швидкості пізнавальних процесів. Незаперечною перевагою старості є мудрість. Що стосується емоційної сфери, то людина похилого віку стає більш вразливою, вимагає більш чуйного, уважного ставлення до себе. До завдань соціальних служб має входити не лише забезпечення психоемоційного комфорту, але і допомога у виробленні позитивної стратегії емоційного старіння. Швидше за все, найбільший вплив на це має осмислення життєвого шляху. Структура самосвідомості літньої людини зазнає низки змін, таких як: депривація домагання на визнання, відторгнення від імені, розмивання статевої ідентифікації. У літньому віці людини виникають нові завдання розвитку, при цьому найбільш важливими психологічними завданнями є: збереження узгодженості з власною ідентичністю і віднаходження сенсу життя. Вирішення цих та інших вікових завдань може бути здійснено за умови використання літньою людиною такого внутрішнього ресурсу, як мудрість, реалізації потреб духовно-пізнавального, творчого характеру, бажання до змін, розвитку умінь і навичок до встановлення соціальних контактів. Фізична немічність та соціальна вразливість людей похилого віку актуалізують питання щодо формування у молодого покоління, зокрема майбутніх педагогів, гуманного ставлення до цієї соціальної категорії населення.

Отже, третій вік – це частина життя великих важливість, оскільки вона впливає на всіх людей. Це важливо для будь-який постачальник медичних послуг повинен мати значні знання щодо захворювань з підвищеною захворюваністю в цьому вік. Соціальним працівникам, психологам і лікарям доводиться доглядати індивідуальний правильний підхід Роль медичних працівників та практичних психологів є вирішальною у лікуванні цих розладів. Підтримка сім'ї у людей похилого віку є важливою, оскільки це посилює їх лікування.

РОЗДІЛ 2. ОПТИМІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНО- ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З ЛЮДЬМИ ПОХИЛОГО ВІКУ

2.1 Організація дослідно-експериментальної роботи з людьми похилого віку . Соціально-педагогічна робота з людьми похилого віку спрямована на виявлення, визначення та вирішення проблем з метою реалізації та захисту їх прав та задоволення потреб, через допомогу професійно підготовлених людей. Важливою дослідницькою метою, що науково характеризує реалізацію соціально-педагогічної діяльності життєдіяльності людей похилого віку є моделювання цього процесу.

Опираючись на діяльнісний аспект трактування соціальних технологій окреслюємо такі її види: контроль, профілактика, терапія, реабілітація, патронаж, супровід, підтримка, допомога, захист, страхування, опікунство та посередництво ²⁷[55].

Ми розуміємо технологію як спосіб реалізації соціально-педагогічної підтримки людей похилого віку на основі підбору форм, методів, прийомів та засобів соціально-педагогічної підтримки.

Дослідниця М. Гур'янова виділяє два напрямки технологій соціально-педагогічної підтримки, що реалізуються безпосередньо – через індивідуальну допомогу та через соціальне оздоровлення соціуму [30]²⁸.

Відповідно можемо виділити два рівні технологій соціально-педагогічної підтримки людей похилого віку: особистісний (включає допомогу та сприяння в задоволенні потреб, соціальних інтересів людини похилого віку, та інституціональний (включає соціально-правову та соціально-економічну підтримку. При моделюванні соціально-педагогічної роботи з людьми

²⁷ Котельников Г. П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О., Геронтология и гериатрия Москва 1997г. – 224 с

²⁸ Гурьянова М. П. Сельская школа и социальная педагогика:[пособие для педагогов]. – Мн. : Амалгфея, 2000. – 448 с

похилого віку ми використовувати геронтологічний підхід, враховуючи фізіологічні та вікові особливості.

Соціально-педагогічна підтримка людей похилого віку базується на принципах етики соціально-педагогічної роботи, що включають гуманість, визнання людини найвищою цінністю та захист її людських прав. На нашу думку, організація соціально-педагогічної діяльності з людьми похилого віку буде ефективною при дотриманні таких принципів: - безперервність, системність, комплексність в забезпеченні соціально-педагогічною підтримкою, враховуючи толерантність, досвід, соціальний розвиток, принцип взаємодії фахівця соціальної сфери та людини похилого віку, націленої на досягнення позитивного результату²⁹.

Таблиця 2. Методи і методики соціальної роботи з людьми похилого віку

1	профілактика	зменшення або усунення чинників ризику, і тим самим запобігти влаштуванню в стаціонарні установи соціального обслуговування
2	підтримка	це допомога, яка необхідна людям похилого віку для збереження максимально можливого рівня самостійності
3	реабілітація	це догляд, що забезпечує надання медичної, соціальної та психологічної допомоги у стаціонарних закладах;
4	представництво	захист інтересів і прав старих людей, яких визвано недієздатними, від їх імені, з метою надання їм необхідної допомоги

²⁹ <https://enquir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12605/Zhynynska.pdf?sequence=1>

5	біографічне інтерв'ювання (або стимуляція спогадів)	<p>А) <u>Ефективність.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - дозволяє звернути увагу на психологічний стан людини; - застосування як індивідуальне, так і групове; - вибір джерел спогадів (фотографії, старі платівки, сувеніри, старі поштівки, відвідування музеїв, певні події життя: навчання в школі, одруження, народження дітей, відпочинок на морі, подорожі тощо). <p>Б) <u>Труднощі.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - розповіді можуть повторюватися; - можуть здаватися перебільшеними та вигаданими; - насправді бути нереальними. <p>В) <u>Рекомендації.</u></p>
6	трудова та громадська зайнятість	<p>А) <u>Ефективність.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - позбавлення стресового стану після завершення професійної діяльності; - можливість залучення у сфері малого та середнього бізнесу, фермерських господарствах, присадибних ділянках. <p>Б) <u>Труднощі.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - усвідомлення соціальними працівниками стану людей, які щойно вишли на пенсію; - розуміння складностей пенсійного періоду, які пов'язанні з пристосуванням до нового соціального статусу.

		<p>- створення умов для фізичної та розумової діяльності.</p> <p><u>В) Рекомендації.</u></p> <p>- створення «Клубів за інтересами», в яких можливе спілкування, виконання певних громадських функцій, заняття спільною діяльністю, або волонтерською діяльністю самих пенсіонерів, які допомагають доглядати інших;</p>
7	набуття нових знань і навичок	<p><u>А) Ефективність.</u></p> <p>- можливість набуття та поновлення необхідних знань і навичок для самообслуговування (навчання куховарити лівою рукою, тих у кого права рука перестала функціонувати, та чоловіків, після втрати дружини)</p> <p><u>Б) Труднощі.</u></p> <p>- самостійне пристосуватися до змін в функціональних можливостях;</p> <p><u>В) Рекомендації.</u></p> <p>- підтримка навчальних груп щодо продовження освіти;</p> <p>- співпраця соціальних працівників з трудотерапевтом щодо планування та розробки змін в домашньому побуті:</p>
8	терапевтична короткотривала група	відповідний метод соціальної роботи з людьми похилого віку, які переживають

		втрату близької людини.
9	група самодопомоги	дин із напрямів соціальної роботи щодо сприяння соціальних працівників у створенні груп людей похилого віку (самодопомоги, груп соціальних дій, самокерованих груп)
10	груповий догляд	метод соціальної роботи в установах, які здійснюють денний або резидентний (стаціонарний, інтернатний) догляд за людьми похилого віку.

Врахування окреслених принципів на всіх етапах організації соціально-педагогічної роботи з людьми похилого віку в Україні, на нашу думку, дозволить побудувати цілісну систему роботи з людьми третього віку.

Відповідно до мети нашого дослідження було заплановано наступні етапи дослідно-експериментального дослідження. У галузі геронтопсихології виокремлюють чотири основні напрями дослідження: 1. Описовий, заснований на описовому чи феноменологічному рівні знань про старіння, що дозволяє будувати різні класифікації, схеми, стратегії поведінки старих. Цей вид дозволяє висувати гіпотези, а не перевіряти їх. Використовують, наприклад, спостереження, контентаналіз документів тощо. 2. Експериментальна маніпуляція (у вітчизняній науці – контрольні експерименти). Наприклад, вивчення періоду адаптації в кількох вікових групах. Ці дослідження спрямовані на вивчення феномена, явища й виконуються на рівні якісної теорії із застосуванням методів математичної обробки даних. 3. Культурно-генетичний, який дозволяє вивчати соціальні проблеми людей похилого віку (ставлення до них або ставлення літньої людини до соціуму) методами опитування, тестування, проєктивними

методиками. 4. Стратегія втручання (у вітчизняній науці – формувальний експеримент). Сплановані дії, що здійснюються чи пропонуються спеціалістом людям похилого віку, його родині, подружжю тощо. Мета – поліпшення життя літніх або зміна їх поведінки на більш бажану. З цією метою використовують різні тренінги, корекційно-розвивальні програми. Наприклад, «Якість життя», спрямована на вироблення стратегії незалежності, інтеграції в суспільстві, підвищення якості життя, що складається з таких етапів: 1. Пробудження інтересу до нового, стимуляція цікавості (вправи, танці, ігри тощо). 2. Стимуляція мислення, сприйняття, постановка й вирішення проблеми; результат – розвиток креативності, гнучкості мислення, цілепокладання. 3. Розширення сприйняття навколишнього, вміння бачити в повсякденному щось нове, творчо підходити до вирішення повсякденних проблем, виходити за межі звичайного кола подій і відносин. Методи геронтопсихології поділяють на: 1) експериментальні: порівняльні, еволюційні (закономірності старіння у процесі еволюції); 2) клінічні (описові); 3) соціальні, які досліджують характер впливу різноманітних факторів на процес старіння. У своїх дослідженнях геронтопсихологія також використовує біологічні, біохімічні, біофізичні, антропологічні, соціологічні; методи вікової, загальної і соціальної психології. Метод у вікової психології – це спосіб наукового вивчення змісту й механізмів психічного розвитку людини впродовж її онтогенезу. Залежності від етапів дослідження, на яких використовуються різні методи, вони поділяються на чотири групи: організаційні, емпіричні, обробки даних та інтерпретаційні (за Скрипченком О. В). У віковій психології порівняльний метод («поперечний зріз») використовується для виявлення динаміки певної психічної функції через її одночасне дослідження у представників різних вікових періодів. Таким чином з'ясовуються особливості розвитку та виявів цієї функції психіки. Недоліком застосування цього методу може бути нівелювання індивідуальних особливостей психічного розвитку та ефект когорти (певні якості психіки різних вікових

груп досліджуваних через специфічні соціально-економічні особливості формування їх особистості). Також у віковій психології використовується лонгітюдний метод, спрямований на вивчення психологічних особливостей одних і тих же досліджуваних упродовж тривалого часу (місяці, роки, десятки років). Такий метод є складним у застосуванні через довготривалість та значні економічні витрати, й виокремлення специфічних психологічних особливостей старості ускладнене наявністю певних супутніх чинників: загальним послабленням здоров'я, впливом хвороб, змінами фізичного й соціального статусу тощо. Проте комплексні дослідження, що враховують багатофакторний характер вікових змін, дозволили встановити особливості динаміки деяких важливих сторін психічного розвитку в пізньому періоді онтогенезу. Особливу увагу сучасна геронтопсихологія приділяє вивченню у процесі старіння змін характеру діяльності та працездатності, ціннісних орієнтацій і смислових новоутворень особистості.

Проведене дослідження не претендує на вичерпне рішення проблеми. Важливим і перспективним видається уточнення загальної концепції соціальної роботи з людьми похилого віку; вивчення варіантів моделювання різних систем соціальної та соціально-педагогічної допомоги літнім людям. Вимагає спеціального наукового осмислення і обґрунтування розробка практичних технологій по окремих блоках соціально-педагогічної роботи з людьми похилого віку; розроблення технологій і методів взаємодії громадських, державних організацій, що займаються проблемами літніх людей. Специфікою комплексного методу є поєднання регулярного системного вивчення різних вікових груп досліджуваних упродовж певних проміжків часу.

Зміни пам'яті є нормальною частиною процесу старіння³⁰. Деякі люди похилого віку мати втрату пам'яті більшу, ніж зазвичай очікується їх вік, що

³⁰ Craik, F. I. M., Anderson, N. D., Kerr, S. A., & Li, K. Z. H. (1995). Memory changes in normal aging. In A. D. Baddeley, B. A. Wilson, & F. N. Watts (Eds.), *Handbook of memory disorders* (pp. 211–241). Toronto: John Wiley

може свідчити про наявність амнестичного легкого ступеня. Когнітивні порушення пов'язані із суб'єктивними та об'єктивними змінами пам'яті та відсутністю загального когнітивного зниження або значних функціональних порушень у повсякденній діяльності та вважається ризиком фактором хвороби Альцгеймера³¹. Порушення пам'яті при більш значні ніж ті, що спостерігаються при нормальному старінні, але менш важкі, ніж порушення пам'яті при хворобі Альцгеймера (далі – використовуємо скорочення -АГ). Метою нашого експериментального дослідження є вивчення впливу які легкі зміни пам'яті можуть впливати на повсякденне життя літніх людей із нормальними віковими змінами пам'яті та інших з хворобою АГ.

Відмінності в пам'яті в цих двох популяціях переважно питання ступеня, а не типу. За визначенням, люди з АГ мають більші порушення пам'яті, ніж особи того ж віку з нормальними когнітивними змінами; на в середньому дефіцит пам'яті в АГ становить приблизно 1–2 % нижче середнього віку. Конкретний типи змін пам'яті, які спостерігаються в цих двох популяціях багато спільного. І нормальне старіння, і АГ є пов'язані з повсякденними проблемами функціональної пам'яті, як вказано самооцінкою та звітом інформатора³², а також включити труднощі з вивченням нових імен, пригадуванням подій, що відбулися за попередній день чи два, відновленням імені старий знайомий, придумавши конкретне слово в розмова, згадування, чому хтось зайшов до кімнати, і не забувати про вчасний прийом ліків. Ці суб'єктивно описані проблеми з пам'яттю узгоджуються з а велика кількість досліджень, що показують зниження придбання завантаження нової інформації в пам'ять, пошук інформації з недавньої пам'яті та семантичної пам'яті, а також проспективної пам'яті за результатами лабораторних тестів об'єктивної пам'яті навчання списку, запам'ятовування фігур, асоційоване

³¹ Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., ... Phelps, C. H. (2011).

³² Farias, S. T., Mungas, D., Reed, B. R., Harvey, D., Cahn-Weiner, D., & Decarli, C. (2006). MCI is associated with deficits in everyday functioning. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 20, 217–223.
doi:10.1097/01.wad.0000213849.51495.d9

навчання в парах, і пам'ять про наміри³³. Основна якісна відмінність в шаблони пам'яті для нормального старіння та АГ - це те останні демонструють відносно швидке забування нещодавно вивченого

інформація або зниження показників утримання з часом; в у зв'язку з цим моделі пам'яті при хворобі більше нагадують моделі пацієнтів із деменцією Альцгеймера, ніж ті, нормального старіння³⁴.

Хоча за визначенням зміни пам'яті пов'язані з нормальне старіння та АГ мають відносно м'який характер і недостатньо, щоб створити серйозні проблеми самостійно ведення звичайної щоденної діяльності, якісні та кількісні дослідження вказують на наявність

незначний вплив незначних змін пам'яті на складні повсякденні дії, такі як управління грошима, транспорт, або ліки. Зміни пам'яті може також впливати на інші аспекти повсякденного життя. Легка пам'ять втрата, пов'язана, наприклад, з розсіяним склерозом негативний вплив на соціальну, відпочинкову та трудову діяльність. Так само особи з легким когнітивні порушення повідомляють про зміни в соціальних і сімейних відносинах ролі, збентеження і сором, емоційність, тягар, розчарування через відомі проблеми з пам'яттю, втрата впевненості в собі та тривога³⁵.

Є додаткові докази того, що взаємопов'язані когнітивні та емоційні виміри залучаються до суб'єктивного досвіду учасників легкого когнітивного порушення, в тому числі їх розуміння та тлумачення значення їхні діагнози.

³³ Estévez-González, A., García-Sánchez, C., Boltos, A., Otermín, P., Pascual-Sedano, B., Gironell, A., & Kulisevsky, J. (2004). Semantic knowledge of famous people in mild cognitive impairment and progression to Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 17, 188–195. doi:10.1159/000076355

³⁴ Greenaway, M. C., Lacritz, L. H., Binegar, D., Weiner, M. F., Lipton, A., & Munro Cullum, C. (2006). Patterns of verbal memory performance in mild cognitive impairment, Alzheimer disease, and normal aging. *Cognitive and Behavioral Neurology: Official Journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology*, 19, 79–84. doi:10.1097/01.wnn.0000208290.57370.a3

³⁵ Frank, L., Lloyd, A., Flynn, J. A., Kleinman, L., Matza, L. S., Margolis, M. K., ... Bullock, R. (2006). Impact of cognitive impairment on mild dementia patients and mild cognitive impairment patients and their informants. *International psychogeriatrics/IPA*, 18, 151–162. doi:10.1017/S1041610205002450

Ці попередні дослідження надали інформацію про те, як люди переживають негативні емоції і зміни в ролях, пов'язані з їхнім досвідом зміна пам'яті. Поточне дослідження має на меті ґрунтуватися на цьому новій літературі, досліджуючи, чи є м'яким і наскільки проблеми з пам'яттю, пов'язані з нормальним старінням і хворобою впливає на основні сфери життя, такі як дозвілля і трудова діяльність і відносини. Крім того, це дослідження є першим, щоб дослідити це питання в обох норм старіння та хворобою АГ населення. Ми включили обидві групи оскільки об'єктивні та суб'єктивні зміни пам'яті є подібні в цих групах і тому, що за визначенням обидві є повністю функціональний і здатний самостійно виконувати щоденні дії. Таким чином, подібні типи впливів на щоденні життя очікується в обох групах, хоча вони можуть бути присутні більшою мірою в АГ, оскільки погіршується пам'ять ця група більш важка, ніж при нормальному старінні³⁶.

Крім того, очікується глибше розуміння вплив зміни пам'яті на повсякденне життя людей із нормальним старінням і хворобою матиме важливе клінічне значення щодо інформування та покращення програми втручання в пам'ять для здорових людей похилого віку та літні люди з АГ. Зі збільшенням тривалості життя у всьому світі (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2014), клініцисти можна очікувати зростання попиту на послуги для цих груп населення. Знання, отримані в результаті цього дослідження, можуть допомогти лікарів у розробці програм втручання, спрямованих на конкретні потреби та проблеми тих, хто переживає зміни у пам'яті, щоб максимізувати їхні функціональні результати. Учасниками були люди похилого віку (60 років і старше). Всі учасники були перевірені шляхом клінічного інтерв'ю на медичні та психіатричні розлади, ліки, що впливають на пізнання, і вживання психоактивних речовин. Учасників також перевірили на наявність струму депресивний настрій за допомогою опитувальника самооцінки

³⁶ Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., ... Winblad, B. (2001). Current concepts in mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 58, 1985–1992. doi:10.1001/archneur.58.12.1985

Кожен учасник отримав 50 грн. на квитки для покриття витрат на дорогу. Також, ми взяли людей похилого віку з нормальною пам'яттю віку з бази даних учасників дослідження.

З особами зв'язувалися по телефону для встановлення їх зацікавлені в участі в дослідженні та отримали коротку інформацію набір когнітивних тестів для підтвердження нормального пізнання. До щоб максимально збільшити зручність для учасників, тестування проводилося по телефону з використанням когнітивних тестів. Тести оцінювали загальний когнітивний статус (телефонне інтерв'ю для когнітивного статусу; генерація слів тривалість уваги та оперативна пам'ять і об'єктивна вербальна пам'ять (тест вербального навчання Гопкінса та Логічна пам'ять); самооцінка настрою (шкала геріатричної депресії), а також спогади про себе (Опитувальник багатофакторної метапам'яті).

Результати тестування для кожного окремо були переглянуті двома клінічними нейропсихологами, щоб підтвердити цю оцінку впав у нормальний діапазон за допомогою стандартизованого нормування критерії, засновані на однолітках кожного учасника.

Остаточна вибірка індивідуумів з нормальною когнітивною здатністю складалася 20 літніх людей, у тому числі 10 жінок і 10 чоловіків віком від 64 до 84 років.

Ми залучили літніх людей з хворобою (показники узяли в центрі соц. Захисту). Фізичні особи в до групи звернулися під час зустрічі групи щодо цього клінічного втручання та були поінформовані про це поточне дослідження.

Особи, зацікавлені в участі надали свою контактну інформацію, а потім були зв'язатися по телефону.

Кожна особа мала хворобу АГ. Ці критерії включають наявність нової скарги на пам'ять, об'єктивні ознаки порушення пам'яті, нормальні загальні когнітивні функції функціонування та відсутність істотного втручання в інструментальну діяльність повсякденного життя.

Клініко-діагностична процедура включала клінічну бесіду з клієнтом та інформатора, повну нейропсихологічну оцінку та адміністрування настрою та функціональних опитувальників. До підтвердити, що кожен учасник все ще відповідає критеріям АГ на момент цього дослідження та з метою порівняння наших двох груп учасників, учасники з хворобою були також. Остаточна вибірка складалася з 5 старших дорослих, з них 2 жінки та 3 чоловіків різного віку від 73 до 89.

Учасники з АГ були старшими на середнє, ніж учасники нормальної пам'яті, $t(35) = -3,42, p < 0,05$.

Значних групових відмінностей не було рівень освіти $t(35) = -0,39, p > 0,05$, або співвідношення статей, $\chi^2 (n = 37) = 2,74, p > 0,05$.

У об'єктивно вимірених когнітивних областях група АГ отримала нижчі бали, ніж нормальна група пам'яті в областях пам'яті та уваги/робочої пам'яті, усі $t > 2,5$, усі $p < 0,05$. Там були відсутність групових відмінностей у загальному когнітивному статусі чи вербальному плавності. Щодо заходів самозвіту, група АГ схвалила більше симптомів депресивного настрою, $t(31) = -2,73, p < 0,05$, хоча ця групова різниця в 1 бал за 15-бальною шкалою не вважається клінічно значущим. Як і очікувалося, група нормальної пам'яті повідомила про більше задоволення з пам'яттю, $t(31) = 4,85, p < 0,001$, і щодня краще функціонування пам'яті, $t(35) = 2,39, p < 0,05$. Особи, які відповідають вимогам, були запрошені взяти участь у обговоренні. Кожна фокус-група включена. Загалом було проведено дві групи, кількість, яка вважається загальноприйнятною і достатньою для того, щоб досягнення насичення даними для кожної з двох груп учасників.

Після того, як учасники дали свою інформовану письмову згоду, модератор фокус-групи використовував структурований сценарій, щоб керує дискусією про вплив пам'яті учасників зміни в різних аспектах їхнього життя. Ключові теми для обговорення наведено в таблиці 2 і базується на конструкті нав'язливості хвороби, тобто ступеня, до якого хвороба може обмежити сфери життя, які вважаються важливими для якості життя. Використовуючи цю структуру, після попереднього «криголаму» запитання про зміни пам'яті, які вони мають плив зміни пам'яті на:

- Дозвілля
- Здоров'я
- Відносини
- Робота або волонтерська діяльність
- Уявлення про себе

помітили в собі, учасники запитали

питання про вплив цих змін на їх щоденне життя

життя та наступні конкретні запитання про вплив

зміни пам'яті в різних сферах життя. Приблизно

На кожную тему було відведено 5 хвилин обговорення, і учасників попросили навести конкретні приклади впливу зміна пам'яті в кожному з цих доменів.

У модератора були деякі попередній досвід проведення дискусійних груп літні люди.

2.2. Апробація моделі соціально-педагогічної допомоги особам похилого віку.

Тематичний аналіз методом постійного порівняння було використано для аналізу даних фокус-груп. Стенограми із звичайних груп пам'яті та фокусу АГ групи були проаналізовані окремо за основними темами. Ці Основні теми двох груп учасників були тоді досліджено на подібності та відмінності.

Першим кроком у нашому аналізі даних було виявлення початкові теми, які представляють висновки з фокусу групи. Початкові категорії були отримані з інформації, зібраної під час модерування групи та читання стенограм -групи. Далі були одиниці даних визначені та витягнуті зі стенограм груп. Одиницями інформації були приклади або твердження (тобто фрази, речення або абзаци), що описують, як зміни пам'яті вплинули на повсякденне життя учасників.

Критерії зразків одиниць даних включали, що вони: (а) самоопис, а не опис досвіду інших людей; (b) особисті спостереження, а не спостереження, зроблені іншими щодо учасника; (c) на основі поточного функціонування пам'яті, а не функціонування в минулому чи очікуваному майбутньому; і (d) пов'язані з пам'яттю, а не з факторами, що не пов'язані з пам'яттю (наприклад, фізичні зміни чи настрої), які вплинули на життя учасників. Згодом одиниці даних були розсортовані відповідні та відповідні категорії, що представляють нові теми. Наприклад, усі одиниці інформації, що представляють зміни в почуттях і поглядах учасників на себе були відсортовані в одну категорію. У всьому цьому сортування певні критерії категорії були дещо змінені

щоб гарантувати, що всі інформаційні одиниці, що підпадають під певну категорію, пов'язані одна з одною. Процес проведено сортування інформаційних одиниць за категоріями поки не будуть вичерпані всі одиниці інформації. Всі елементи були включені до категорії, використовувалися як власна категорія, або відкинуто.

Основні теми (тобто результати тематичних аналізу) були ідентифіковані шляхом уточнення або переформатування початкового теми у світлі інформації з категорій і одиниці даних. Щоб підвищити надійність, другий оцінювач самостійно провів тематичний аналіз з використанням ці самі кроки. Теми були остаточно визначені в процесі обговорення між двома незалежними оцінювачами.

Загалом виявилось, що оцінювачі незалежно генерували теми, подібні за своєю природою; відмінності були розглядалися та обговорювалися до досягнення компромісу з точки зору того, чи ці теми були зрештою включені або викинуті³⁷.

Аналіз виявив чотири основні теми, що впливають із нормальна пам'ять і групи АГ, пов'язані з впливом зміни пам'яті в їх повсякденному житті. Ці теми, описані пізніше, вийшли з обох груп, і включали зміни в почуттях і поглядах на себе, зміни у відносинах і соціальних взаємодіях, зміни на рівні роботи та відпочинку, а також навмисне збільшення компенсаторної поведінки. П'ята тема — більше втраченого часу — виник лише зі звичайної групи пам'яті, а не є обговорюється далі тут. Зміни в почуттях і поглядах на себе Обидві групи учасників описали спільний досвід помилки пам'яті, такі як забування імен друзів і знайомих, неправильно розставляючи предмети побуту та повторюючи самі в розмові. Ці інциденти призвели до того, що а різноманіття негативних емоційних переживань і самооцінок, які були виражені по-різному двома групами. Описані учасники з нормальними віковими змінами пам'яті відчуваючи «занепокоєння», «засмучення» та «збентеження» через їх помилки пам'яті. Вони висловлювали певний ступінь

³⁷ Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory. Aldine: Chicago

сумніву у своїх силах і схильність до самопочуття вниз. Декілька учасників поділилися тим, що через помилки в пам'яті вони «почувалися дурними».

Учасники з хворобою загалом описували сильніше емоційні реакції та негативні самооцінки. Їх помилки пам'яті викликали у них відчуття «розчарування», «пригніченого» і «особисто неадекватний». Один учасник описав

почуваючись «більш крихким... ніби ти старієш з кожною хвилиною». Інший розповів про відчуття «знищення», коли пам'ять йому звертають увагу на помилки: Це руйнує вашу впевненість. Якщо я щось скажу і [мій син] каже: «О, ти вже казав це раніше...» Це руйнує коли вони кажуть: «Ти вже казав це раніше». Поширеність цих негативних почуттів може бути різною між двома групами. У звичайній групі пам'яті ці почуття виникають лише зрідка і не тривають довго. Наприклад, «Якщо я щось забуду, я можу почуватися пригніченим на себе трохи, але дуже тимчасово». Інший учасник описав почуття засмучення через провали в пам'яті «від час від часу."

Група АГ, з іншого боку, описувала почуття які були більш поширеними. Вони говорили про «втрату» впевненість у собі та розуміння того, що їх пам'ять буде «ніколи не повертається». Вони висловили страх і занепокоєння щодо подальшого погіршення пам'яті та того, що це означає для майбутнього: «... вам цікаво, з чим вам доведеться зіткнутися далі тиждень». Загалом, негативні почуття та самооцінки здавалася більш наполегливою, а також більш сильно негативною в цій групі³⁸.

Обидві групи учасників також описали певний ступінь самосприйняття, хоча це було виражено досить по-різному в двох групах. Ті з нормальною пам'яттю зміни розпізнали схожі проблеми з пам'яттю у своїх ровесники. Один учасник сказав: «Особисто я почувуюся так само нормально, як

³⁸ Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory. Aldine: Chicago

наступна людина..." Для цих людей — само прийняття прийняв форму усвідомлення того, що зміна пам'яті є природною частиною процесу старіння:

Я просто кажу: «Це сталося, я старію, це нормально». Це трапляється не лише зі мною, це трапляється й з іншими людьми.

Я не турбуюся. Було, так і сталося.

Для учасників з АГ, з іншого боку, їх проблеми з пам'яттю не сприймалися як "нормальні" і самосприйняття було описано як потреба прийняти реальність. Багато описували примирення з тим, що вони будуть завжди проблеми з пам'яттю. Це переживається як а постійна зміна, яку вони змушені прийняти та переїхати на. Деякі прояви цього настрою відображали негатив світогляд: «Ми повинні прийняти це, інакше ми ляжемо і померти. Тому що чим старшими ми стаємо, тим гірше буде».

Інші формулюють це в дещо більш позитивному ключі: «Якщо Я нічого не можу з цим вдіяти, я приймаю це, і це шлях Це є. Це життя.»

Зміни в соціальних взаємодіях і стосунках. Відзначено, що зміни пам'яті мають важливі наслідки для повсякденних соціальних взаємодій і стосунків з іншими. Описані зміни в цілому були позитивними для людей похилого віку з віковими нормальними змінами пам'яті та загалом негативним для тих, хто має АГ. Описано учасників із нормальною зміною пам'яті почуття товариства зі своїми однолітками, які відчуті подібні типи змін пам'яті. Нормалізація зміни пам'яті призводить до відчуття, що «ми всі в одному човні». Як такі, ці учасники згадав відчуття «співпереживання» та «терпіння», коли інші роблять помилки в пам'яті. Кілька осіб описали, як змінюється їхній власний досвід пам'яті вплинули на те, як вони реагують на інших ситуація:

Таблиця 3. Приклади запитань.

Я вважаю, що коли я розмовляю з друзями і ми щось обговорюємо, я слухаю, коли вони щось повторюють.

Я не хочу образити їхні почуття, тому я їх слухаю
розкажи ще раз.

1	Я знаю, як я забуваю імена, і я знаю, якщо хтось інший спробує познайомити мене з кимось іншим...
2	що іноді імена раптово вислизують з голови
3	Я знаю, що зі мною таке трапляється, тому відразу кажу своє ім'я, щоб вони не залишалися розчарованими та не хвилювалися
4	О, це незручно. Що я збираюсь зробити?

На відміну від нормальної групи пам'яті, особи с АГ розповідають про те, до чого можуть призвести їхні проблеми з пам'яттю соціальна ізоляція. Учасники заявили, що «не розуміють так часто», що вони «більше відмовляються від соціальні події», і навіть те, що їх стало більше «інтроверт». Були запропоновані різні причини, чому пам'ять проблеми призвели до соціальної самоізоляції в АГ група. Пам'ятати імена друзів і спільний досвід є важливою частиною соціальних стосунків невиконання цього може викликати збентеження або розчарування.

Для деяких людей відмова від соціальних взаємодій є способом уникнути збентеження: «Ви думаете: «О, якщо я піду туди, вони всі наді мною сміятимуться, чи що там, отже, ти знаєш, ти не йдеш». Для інших — погана пам'ять залишає їх без контексту щодо їхнього соціального відносини:

Іноді я переглядаю старий список телефонів і думаю: «О, я мав би подзвонити тій людині», — і я забув досить багато того, які у нас були стосунки

Я не завжди повертаюся і телефоную людям... Ви просто отримуєте плутаються, коли ви дивитесь на багато імен і не можете розмістити їх більше... Тому я кажу, що краще залишити це тому що я не впевнений.

Особи з АГ також описували соціальні почуття виключення, яке вони пояснювали своїми проблемами з пам'яттю.

Наприклад, учасники розповідали випадки, коли вони мали проблеми із запам'ятовуванням деталей або вагалися під час розмови, а їхні партнери по розмові «перервали мене» або б «навіть пожартувати, якщо це». Один учасник описав, як його проблеми з пам'яттю вплинули на те, як інші взаємодіють з ним:

Вони не підтримують такий самий тип стосунків ви. Вони будуть добрі, вони будуть говорити з вами, але я ні дізнатися багато речей, які я раніше дізнавався... Вони цього не роблять очікуйте від мене того ж, і я відчуваю себе остеронь.

І звичайна група пам'яті, і група АГ описані зміни конкретно у відносинах з їх подружжя. У звичайній групі пам'яті зміна була а корисний, конструктивний. Це було виражено в термінах партнерства, коли кожен з подружжя допомагає іншому компенсувати їхня пам'ять змінюється: «Ми начебто перевіряємо одне одного».

У групі АГ взаємодія з подружжям відображало зсув до більш односторонніх відносин. Люди з АГ більше покладаються на своїх подружжя пам'ятаючи про свій спільний досвід і обов'язки. У соціальних ситуаціях вони можуть залежати від подружжя відповісти від їхнього імені: «Вдруге мене запитують це питання у мене є, моя дружина робить це для мене зараз».

Ця більша залежність від подружжя може мати позитивний результат бік. Один учасник з АГ, наприклад, згадав а ново розвинуте почуття вдячності:

Я так ціную свою дружину, чого ніколи не мав раніше. Я розумію, наскільки моя інвалідність повинна бути пеклом на колесах для неї.

Обидві групи учасників описали труднощі з більшим когнітивно вимогливі аспекти їхньої роботи та волонтера діяльності. Їм стає дедалі складніше, наприклад, бути в курсі багатьох проєктів, проходити навчання та вимоги до повторної сертифікації, координувати великі зустрічі та проєкти, а також спонтанно виступати перед групи. Один учасник АГ описав волонтерську посаду, де «я організовував зустрічі, складав порядок денний і розподіляв обов'язки. Я більше так не роблю тому що я забуваю». У відповідь на ці потенційні труднощі, учасники обох груп повідомили, що їм потрібно більше часу виконувати свої звичайні завдання, змінюючи свої ролі всередині організації, щоб їхні обов'язки були менш вимогливими, і, для деяких, шукає інші можливості роботи або шукає пенсії.

Щодо дозвілля, то двоє учасників групи описували дуже різний досвід. Фізичні особи з нормальними змінами пам'яті шукати та брати участь

у пізнавальних заходах, таких як розгадування кросвордів, заняття фітнесом і курси для подальшого навчання. Ці учасники усвідомлювали зв'язок між інтелект залучення та здоров'я мозку та були мотивовані брати участь у дозвіллі з користю для здоров'я. Їх відповіді були такими:

- Коли я вийшов на пенсію, я боявся, що мій розум може початися бути м'яким, не маючи подразників цілий день.
- Тож я записався в кількох речах....
- Я дійсно шукаю речі, щоб зберегти що розум активний.

Учасники з АГ, з іншого боку, висловили тенденцію до скорочення, а не до збільшення свого дозвілля. У багатьох був досвід відмови від дозвілля. що вони колись вважали приємними, оскільки їх збільшення

проблеми з пам'яттю ускладнили їм участь. Наприклад:

Книги стають довгими і складними. Я почала

читання, а потім я забув, що сталося в розділі

раніше я не пам'ятаю імені персонажа. я

Довелося змінити вибір моїх книг на більш прості

такі, де всього чотири людини. Я не читаю як

багато.

У цій групі неможливість участі в колишніх заняття, які вам подобаються, можуть повертатися до почуття особистої неадекватності. Зміна рівня майстерності може означати зміну самовідчуття:

Навмисне посилення компенсаторної поведінки Змінюються як літні люди з нормальною пам'яттю, так і ті АГ повідомили, що вони знаходять способи компенсації, при принаймні частково, оскільки їхня пам'ять змінюється шляхом збільшення їх використання стратегій пам'яті та допоміжних засобів. Особи з АГ говорять про використання зовнішніх засобів пам'яті, таких як списки та календарі, використовуючи фізичні нагадування, такі як розміщення ліків на видимому місці, і покладаючись на своїх подружжя щоб допомогти їм запам'ятати важливі минулі та майбутні події. Згадані особи з нормальними віковими змінами пам'яті більш широкий спектр

компенсаторних підходів. Звичайна група пам'яті спиралася на списки, календарі та подружжя, але вони також описували виготовлення, зосереджуючись на чомусь одному за раз, використовуючи римування та асоціації для запам'ятовування речі та пошук альтернативних фраз, коли виникають труднощі з пошуком слів. Важливо те, що обидві групи також згадали про свій успіх з цією компенсаторною поведінкою. Було визнання, що без свідомого наміру використовувати пам'ять стратегії або допоміжні засоби, їм буде складніше запам'ятовувати зустрічі та інші важливі події. Обидва групи виявили, що вони є необхідними для їхнього повсякденного життя. Іншими словами, «якби я цього не записав, я б це пропустив».

Учасники обох груп відзначили позитивні наслідки використання компенсаторних стратегій. Надійне запам'ятовування важливих речей допомагає «самооцінці» та з «впоратися». Деякі також описали ці зміни як обслуговування їм добре на майбутнє, як висловив цей учасник зі звичайними змінами пам'яті:

Це питання організації та запобігання забуттю... Це лише питання компенсації, навчитися компенсувати.... Я думаю, що ми пристосувалися, щоб ми могли продовжувати робити те, що ми робили протягом багатьох років.

ВИСНОВКИ ДО II РОЗДІЛУ

Поточне дослідження доповнює наше розуміння про функціональний вплив зміни пам'яті на життя літні люди. Ми виявили, що легкі зміни пам'яті мають а значущий вплив на декілька аспектів повсякденного життя, включаючи почуття та погляди на себе, стосунки з іншими, участь у роботі та дозвіллі та використання компенсаторна поведінка. Унікальним для цього дослідження є

можливість дослідити вплив зміни пам'яті на дві різні групи людей похилого віку — людей із нормальними віковими погіршення пам'яті та ті, у кого пам'ять більш значна проблеми, пов'язані з хворобою АГ. Порівняння знахідок з цих груп виявляє багато подібностей і деякі важливі відмінності.

Обидві групи описали типи провалів пам'яті, про які повідомлялося в попередніх якісних і кількісних дослідженнях. До них, серед іншого, відносяться речі, забуваючи імена осіб, які добре відомі їм, неправильно вживані побутові предмети та ненавмисно повторюються в розмові. Зрозуміло, що ці збої пам'яті можуть спричинити соціальне збентеження та розчарування. Головне, обидва групи знаходять способи компенсувати, принаймні частково, свої зміни пам'яті шляхом збільшення використання стратегій пам'яті та допоміжних засобів і покладання на допомогу інших у запам'ятовуванні важливі минулі та майбутні події. Обидві групи успішно використовують поведінкову компенсацію, вважаючи її необхідною для керуєчи змінами пам'яті. Ці висновки схожі до попередніх досліджень із групам³⁹, вказуючи значні емоційні реакції та проактивні підходи для компенсації змін пам'яті. Наше дослідження додає поточної літератури, включаючи осіб із нормальним когнітивне старіння. Порівнянні результати між нашими двома групи свідчать про універсальність цього досвіду та вказують на те, що навіть легкі зміни пам'яті, які спостерігаються у нормального когнітивного старіння достатньо, щоб привести до значущого вплив на повсякденне життя. Незважаючи на ці подібності, загальний вплив пам'яті проблеми здаються більшими і більш негативними для тих з АГ відносно тих із нормальними змінами пам'яті.

Можливо, це не дивно, враховуючи, що АГ за визначенням пов'язаний із більшим об'єктивним погіршенням пам'яті ніж при нормальному старінні

³⁹ Frank, L., Lloyd, A., Flynn, J. A., Kleinman, L., Matza, L. S., Margolis, M. K., ... Bullock, R. (2006). Impact of cognitive impairment on mild dementia patients and mild cognitive impairment patients and their informants. *International psychogeriatrics/IPA*, 18, 151–162. doi:10.1017/S1041610205002450

(Petersen, 2004) і призводить до більшої кількості проблеми з функціональною пам'яттю в повсякденному житті (наприклад, Фаріас та ін., 2006). Хоча обидві групи повідомляють про вплив на їхні емоції та погляди на себе, нормальна група пам'яті описує те, що виглядає як ситуаційне та обмежене часом збентеження та розчарування через їхні помилки пам'яті. Навпаки, у групі АГ ці ефекти більше всепроникаючий, створюючи відчуття особистої неадекватності та втрата впевненості в собі, що виникає як повторювана тема.

Такі почуття виникають у їхніх дискусіях про стосунки

з важливими людьми в їхньому житті, залученням до занять, які раніше подобалися, і навіть в їхньому описі використання компенсаторних засобів пам'яті. Ці сильні емоційні досвід вплинув на широкий спектр життєвих сфер ця група. Глибока досвідна різниця між ними груп зосереджується навколо їх участі в соціальних і дозвілля. Люди похилого віку з нормальною пам'яттю зміни активно шукати нові види діяльності, які збережуть їхній «мозок активний». Вони описують почуття соціальної залученості або товариства зі своїми однолітками, частково через визнання спільного досвіду, який можна інтерпретувати як «нормальний» для свого віку. Літні люди з АГ, на іншого боку, відчувають більше труднощів із залученням до дозвілля, оскільки зникають серйозніші проблеми з пам'яттю вони почуваються розгубленими, розгубленими або збентеженими. Вони описують таким чином відчувати себе осторонь або зневаженим у соціальних взаємодіях змушуючи їх відмовитися від цієї діяльності навіть більший ступінь. Неважко уявити, як це могло стати само реалізованим пророцтвом, коли втрата впевненості призводить до відходу від соціальної діяльності та дозвілля, а також подальше зниження участі в цих заходах призводить до збільшення труднощів у цих областях, а потім подальша втрата впевненості та почуття неадекватності.

Це дослідження має потенційне клінічне значення для лікування змін пам'яті, пов'язаних із нормальною когнітивною здатністю старіння та з АГ. Сучасні психоосвітні підходи в ці популяції включають обмін знаннями про пам'ять зміни, навчання використанню науково обґрунтованих стратегій пам'яті та сприяння прийняттю здорового для мозку способу життя⁴⁰.

Наш тематичний аналіз виявив багато областей, які можуть викликати занепокоєння у цих груп населення наголошено в існуючих програмах. Обидві групи висловлювали негативні емоції та самооцінки як наслідок їх помилки пам'яті, і вони можуть отримати користь від втручання зосереджено на допомозі нормалізувати досвід зміни пам'яті

і підвищення почуття контролю над функцією пам'яті. Дійсно, нещодавні висновки щодо групи здорового старіння показують нормалізація зміни пам'яті була загальною перевагою від участі в програмі пам'яті. Все ж, незважаючи на більший, ніж зазвичай, обсяг пам'яті

зміни, принаймні деякі проблеми з пам'яттю можна віднести до нормального старіння, і цим людям можна допомогти цього не робити надмірно інтерпретувати свої помилки пам'яті.

Інше клінічне застосування стосується участі в захоплююча діяльність. Ми знайшли докази того, що окремі особи з АГ ризикують відмовитися від дозвілля та соціальних взаємодій. Це узгоджується з дослідженнями показуючи, що АГ пов'язаний зі зменшенням життєвого простору,

або обмеження руху в навколишньому середовищі

Враховуючи, що хвороба АГ також є фактором ризику розвитку деменції

⁴⁰ Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, E., & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: Evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 486–499. doi:10.1159/000096316

як нові докази позитивного впливу когнітивних і соціальне залучення до пам'яті та деменції,⁴¹ наші висновки підкреслюють необхідність допомоги клієнтам з АГ збільшують свою участь у дозвіллі та спілкуванні діяльності. Одним із підходів може бути поведінкова техніка

Планування активності як спосіб допомогти людям підвищити свій рівень їхній рівень залучення. Поточне дослідження має кілька обмежень варті уваги. По-перше, використання фокус-групових інтерв'ю замість індивідуальних інтерв'ю може бути обмежена глибина та якість зібраної інформації про учасників досвід. Час від часу можуть приймати домінуючі члени над діалогом під час фокус-групових інтерв'ю та групи динаміка може перешкоджати деяким учасникам брати активну участь в обговоренні. По-друге, між нашими двома групами було кілька відмінностей, крім діагнозу.

Учасники групи АГ були трохи старшими і схвалив більше симптомів депресії, ніж зазвичай група пам'яті. Хоча не виключено, що деякі з групові відмінності, що впливають із тематичного аналізу були частково пов'язані з віком або настроєм, це ймовірно бути мінімальною, враховуючи різницю у віці 6–7 років і 1 бал за 15-бальною анкетною настрою мало ймовірно бути клінічно значущим. Крім того, особи з АГ були набрані з програми клінічного втручання, і будь-які вигоди від цієї програми можуть зменшитися вплив зміни пам'яті на повсякденне життя учасників, що призводить до зменшення відмінностей між нашими групами.

Нарешті, більшість наших учасників були високоосвіченими літніми людьми.

Потрібні додаткові дослідження, щоб визначити можливість узагальнення наших результатів на більшу популяцію людей похилого віку. У підсумку ми отримали якісну інформацію про типи наслідків, які може мати зміна пам'яті про повсякденне життя людей похилого віку з нормальними віковими

⁴¹ Flöel, A., Witte, A. V., Lohmann, H., Wersching, H., Ringelstein, E. B., Berger, K., & Knecht, S. (2008). Lifestyle and memory in the elderly. *Neuroepidemiology*, 31, 39–47. doi:10.1159/000137378

змінами пам'яті та тих, хто страждає на хворобу АГ. Як і очікувалося, пам'ять зміни впливають на життя обох груп вплив, як повідомляється, більший і більш негативний у група АГ. Майбутні дослідження допоможуть визначити можливість узагальнення та клінічний вплив цих висновків.

ВИСНОВКИ

1. У ході дослідження характеризувано поняття «старість» та «старіння» як проблему сучасності. Доведено, що у сучасній геронтології літнім віком прийнято вважати період життя людини, який настає після дорослості, хронологічно приблизно в 55-65 років. На основі теоретичного аналізу психолого-педагогічної літератури встановлено, що похилий вік є повноцінним етапом розвитку людини, який також як період дорослості, і ставить перед людиною свої завдання розвитку і має різні варіанти перебігу. У старості у людини загострюються особистісні риси і емоційний фон, дещо знижується рівень фізичних можливостей і швидкості реакції, незначно знижується якість роботи пізнавальних процесів. Задоволеність життям і успішність пристосування до настання старості залежать в першу чергу від здоров'я.
2. Охарактеризовану демографічну проблема старості у глобальному просторі. Старіння населення – це історія успіху людини, а причина святкувати тріумф громадського здоров'я, медичні досягнення, економічні та соціальні розвиток хвороб, травм і ранніх смертей які

мають обмежену тривалість людського життя історії. Старіння населення було визнано однією з них чотири глобальні демографічні «мегатренди» — чисельність населення зростання, старіння населення, міжнародна міграція і урбанізація — з продовженням і тривалістю вплив на сталий розвиток . Усі глобальному суспільстві перебуває еволюції довголіття. Деякі країни перебувають на ранніх стадіях, а деякі є більш високим. Статистично вважається, що усі країни пройдуть через цей надзвичайний перехід, в якому є шанс вижити до 65 років

3. На підставі теоретичного дослідження обґрунтовано вікові та психологічні особливості людей похилого віку. У результаті, ми виділили деякі приховані, "ресурсні" можливості повноцінного психосоціального розвитку в похилому віці, такі як: мудрість, або життєвий досвід, нереалізовані потреби духовно-пізнавального, творчого плану, якщо вони сформовані протягом життя, потреба і здатність до зміни, здатність до соціальних контактам і необхідність в них.
4. Зміна психосоціального статусу в старості відрізняється від попередніх перш за все звуженням кола можливостей, як фізичних, так і соціальних; і складається з декількох етапів: наступ старості, вихід на пенсію, вдівство. У старості у людини загострюються особистісні риси і емоційний фон, дещо знижується рівень фізичних можливостей і швидкості реакції, незначно знижується якість роботи пізнавальних процесів. Задоволеність життям і успішність пристосування до настання старості залежать в першу чергу від здоров'я. Негативний ефект слабкого здоров'я може пом'якшуватися за рахунок механізмів соціального порівняння та соціальної інтегрованості. Також важливу роль відіграють матеріальне становище, орієнтація на іншого, прийняття змін. Реакція на вихід на пенсію залежить від бажання

залишити роботу, здоров'я, фінансового становища, відносини колег, а також від ступеня запланована догляду.

5. Охарактеризовано модель соціально-педагогічної діяльності з людьми похилого віку. Дослідження проводилося на базі факультету соціальної та психологічної освіти УДПУ імені Павла Тични. В результаті аналізу нормативних документів, що регламентують діяльність організацій для літніх людей, досліджень особливостей соціально-педагогічної роботи з людьми похилого віку в Україні і було виявлено наступне.

Встановлено, що для соціально-педагогічної роботи з людьми похилого віку в Україні притаманно наявність великого різноманіття державних, комерційних та громадських організацій, тісно взаємодіючих між собою і пропонують невеликий спектр різноманітних послуг та пільг, істотно варіюється в залежності від рівня, масштабу, і цілей організації. Відвідувачі різних організацій широко залучаються до громадської роботи, в тому числі для інших літніх людей. Велику роль в роботі всіх видів організацій для літніх людей грає community (громада) і використання мережі Інтернет.

В основі дослідження розглядали особливості пам'яті у людей похилого віку із супутніми хворобами. В ході ми отримали якісну інформацію про типи наслідків, які може мати зміна пам'яті у повсякденному житті людей похилого віку з нормальними віковими змінами пам'яті та у тих, хто страждає на хворобу Альцгеймера. Дослідження здійснювалося враховуючи аналіз даних вітчизняних вчених який показав, що при формуванні соціальної політики в Україні необхідно також враховувати такі особливості становища пенсіонерів в сучасній ситуації, як: різке зниження соціального статусу і спадна мобільність пенсіонерів, феномен соціальної смерті; соціально - психологічну та гендерну нерівність; прийняття більшістю пенсіонерів пасивної життєвої позиції і відкидання ними відбулися в суспільстві змін. Глибока досвідна різниця між ними груп зосереджується навколо їх участі в

соціальних і дозвілля. Люди похилого віку з нормальною пам'яттю зміни активно шукати нові види діяльності, які збережуть їхній «мозок активний». Вони описують почуття соціальної залученості або товариства зі своїми однолітками, частково через визнання спільного досвіду, який можна інтерпретувати як «нормальний» для свого віку. Літні люди з хворобою Альцгеймера (АГ) , з іншого боку, відчувають більше труднощів із залученням до дозвілля, оскільки зникають серйозніші проблеми з пам'яттю вони почуваються розгубленими, розгубленими або збентеженими. Вони описують таким чином відчувати себе осторонь або зневаженим у соціальних взаємодіях змушуючи їх відмовитися від цієї діяльності навіть більший ступінь. Неважко уявити, як це могло стати само реалізованим пророцтвом, коли втрата впевненості призводить до відходу від соціальної діяльності та дозвілля, а також подальше зниження участі в цих заходах призводить до збільшення труднощів у цих областях, а потім подальша втрата впевненості та почуття неадекватності.

5. У ході дослідження, експериментально перевірено ефективність роботи соціально-педагогічної моделі на практиці. Проведене дослідження дає підставу зробити висновок, що дослідження має потенційне клінічне значення для лікування змін пам'яті, пов'язаних із нормальною когнітивною здатністю старіння. Сучасні психоосвітні підходи в цій популяції включають обмін знаннями про пам'ять зміни, навчання використанню науково обґрунтованих стратегій пам'яті та сприяння прийняттю здорового для мозку способу життя.

Проведене дослідження не претендує на вичерпне рішення проблеми. Важливим і перспективним видається уточнення загальної концепції соціальної роботи з людьми похилого віку; вивчення варіантів моделювання різних систем соціальної та соціально-педагогічної допомоги літнім людям. Вимагає спеціального наукового осмислення і обґрунтування розробка практичних технологій по окремих блоках соціально-педагогічної роботи з

людьми похилого віку; розроблення технологій і методів взаємодії громадських, державних організацій, що займаються проблемами літніх людей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альперович В.Д. Геронтология. Старость. Социокультурный портрет: Учеб. пособие. - М.: ПРИОР: Эксперт. Бюро, 1998.-270с.
2. Андреева И.Н. Антология по истории и теории социальной педагогики. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. -176с.
3. Артюхов А.С., Дмитриева Н.В., Предтеченская Е.В. Образ жизни пенсионеров по возрасту и состоянию их здоровья// Советское здравоохранение, 1992, №1.-с.39-41.
4. Балабанов С.С., Саралиева З.М. Пожилой человек в центральной России// Социс, № 12,1999.-М.: Наука.-с.54-64.
5. Балтес П.Б. Всевозрастной подход в психологии развития: исследования динамики подъемов и спадов на протяжении жизни//Психологический журнал.-М., 1994, том 15, №1.
37. Гамезо М.В., Герасимова В.С., Горелова Г.Г., Орлова Л.М. Возрастная психология: личность от молодости до старости : Учеб. пособие по курсу "Возрастная психология" для студентов и преподавателей учеб. заведений.- М.: Издательский дом «Ноосфера», 1999.-269с.
38. Герасимова Н.В. Социальная адаптация пожилых людей к современной ситуации. Дис.... канд. социол. наук: 22.00.04. - Саранск, 2001. -212 с.

51. Гудков Н.В. Социализация пожилых людей в условиях перехода к рыночным отношениям на примере Ивановской области : Дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04.- Иваново ,1999-142 с.
52. Капица С.П. Население земли и предвидимое будущее цивилизации.// Социс №1(225), 2003. -М.:Наука.- с. 7-15.
53. Ковалева Н.Г. Пожилые люди: социальное самочувствие. // СОЦИС.- М., 2001, №7. **С.13-19.**
54. Козлова Т.З. Здоровье пенсионеров: самооценка//СОЦИС, № 12,2000.-М., Наука- С. 89-93.
55. Козлова Т.З. Исследование зависимости между самооценкой и оценкой прожитой жизни у пожилых людей. // Психология зрелости и старения. - М., 2002, № 2 (17), весна.-С. 135-145.
56. Козлова Т.З. Мониторинг удовлетворенности пенсионеров условиями жизни// Социс, № 9,1999.- М.: Наука.-С.46-49.
57. Козлова Т.З. Пенсионеры о себе.- М.: издательство Института социологии РАН., 2001.-110с.
58. Козлова Т.З. Самооценка пенсионеров.// Социс, №4 (228), 2003. .-М., Наука.-С.58- 63.
59. Короткое А., Седакова А. Социальная политика и проблемы инвалидности. // Социальное обеспечение - М., 2002, №4.-С.21-23.
60. Косенко О.Ю. Социально-экономические и организационные аспекты социальной защиты пожилых людей в регионе: Дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05.- Москва, 2003.- 175 с.
61. Котов И.Б., Шиянов Е.Н. Философские основания современной педагогики.- Ростов-на-Дону, 1994.-63с.
62. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. - М.: Академический проект, 1999.-239с.
63. Краевский В.В. Методология научного исследования. — СПб.: С.-Петербург. гуманитар. ун-т профсоюзов, 2001 - 143с.
64. Крайг Г. Психология развития. - СПб.: Издательство «Питер», 2000.-992с.

65. Краснова О.В. «Мы» и «Они»: эйджизм и самосознание пожилых людей. // Психология зрелости и старения. - М., 2000, №3(11), осень.-С. 18-36.
66. Краснова О.В. Адаптация пожилых людей к современной социальной ситуации. Дис. на соиск. учен. степ. канд. психол. наук : 19.00.05 .-М., 1996 - 244 с.
67. Краснова О.В. Воспоминания старых людей: рассказ историй, биография и терапия «лайф-ревью» // Психология зрелости и старения. - М., 2002, № 2(17), весна.- С. 111-125.
68. Левченко И.Е. Феномен социальной смерти. //СОЦИС- М., 2001, №6. С.22-30.
69. Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста/ Под ред. А.У. Тибиловой, Е.М. Мельника. - Л.: Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1990.-163с.
70. Лидере А.Г. Кризис пожилого возраста - гипотеза о его психологическом содержании. // Психология зрелости и старения. - М., № 2(10), лето, 2000.- С.6-11.
71. Молевич Е.Ф. К анализу сущности и формы социальной старости// Социс, № 4, 2001.- М.: Наука.-с.61-63.
72. Молчанова О. Н. Специфика Я-концепции в позднем возрасте и проблема психологического витоукта.// Мир психологии. -М, 1999, №2.- С.45-66.
73. Моргун В.Ф., Ткачева И.Ю. Проблема периодизация развития личности в психологии.- М., 1981.
74. Мудрик А.В. Социальная педагогика: Учеб для студ. пед. вузов. -М.:
75. Образование взрослых как социальный институт: Тенденции развития и проблемы: Материалы научно-практической конференции. — СПб., 1997-136с.
76. Ровбель С.В. Социальная защита пожилых людей в условиях становления рыночной экономики Дис... .канд. экон. наук : 08.00.07.- СПб., 1994 - 225 с.

77. Россет Э. Продолжительность человеческой жизни, М., Прогресс, 1981.152. Россет Э. Процесс старения населения. Демогр. Исследование/ под ред. А.Г.
78. Старостенко Г. Г. Методологія і практика досліджень відтворення населення України: регіональний аспект: монографія / Г.Г.Старостенко. – К.: УФЕІ, 2017. – 270 с.
79. 79.Стешенко В. Старіння населення України: стан, етнічні особливості, перспективи / Стешенко В., Піскунов С., Піскунов В. // Демографічні дослідження. – 2016. – Вип 20. – С. 125–146. 80.
80. Стюарт–Гамильтон Я. Психологія старення / Я. Стюарт–Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
81. Теорії та методисоціальної роботи: підручник / за ред. Т.В.Семигіної, І.І.Миговича. – К.:Академвидав, 2005. – 388с.
82. Технології соціального обслуговування населення / под ред. В.Г. Попова, Е.И. Холостовой. – М. : Магістр–прес, 2000. – 460 с. 83. Толстых А. В. Возрасты жизни / А. В. Толстых. – М. : Мол. гвардия, 1988. – 223 с.
84. Тополь О.В. Теоретичний аналіз дослідження вікового періоду старості : геронто–психологічний підхід / О.В. Тополь // Гуманітарний вісн. 107 Запорізьк. держ. інженерної акад. : зб. наук. пр. – 2008. – Вип. 34. – С. 152–160.
85. Україна : через десять років після Мадриду (стан реалізації Мадридського міжнародного плану дій з питань старіння в Україні у 2007–2012 рр.) / Курило І.О., Макарова О.В., Настояща К.В. та ін. – К.: ІДСД ім. М.В.Птухи НАНУ, ЮНФПА, 2012. – 130 с.
153. Социальная работа и здравоохранение: 200 основных терминов по-английски и по-русски. Под ред. Григорьевой Н.С., Альфа-принт, 1996.- 50с.
154. Социальная работа с пожилыми людьми/ Под редакцией Демидова Т.Е.- М.: Институт социальной работы, 1995.- 46с.

155. Социальное партнерство государственных органов и неправительственных организаций как фундаментальный принцип гражданского общества. - М., 2000. - 256с.
156. Социально-психологическая работа с пожилыми людьми: опыт Кузбасса. -М. : Моск. пед. гос. ун-т; Обнинск : Принтер, 2002. - 287 с.
157. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых/ Под ред. Л.И. Дворецкого, Л.Б. Лазебника. - М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2000. - 543с.
158. Старение и работоспособность. Доклад ВОЗ. Женева.-М.: «медицина», 1995.- 71с.
159. Тульчинский М. М. Психология позднего возраста.- М.: Фолиум, 1993.- 42с.
160. Ускова Н.Е. Институциональное обеспечение социальной активности пожилых людей. Геронто-социологический анализ : Дис. ... канд. социол. наук : 22.00.04.- М., 2000. - 155 с.
161. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие/ Пер. с нем., В 4-х томах. Т. 1.- М.: Генезис, 1998.160 с.
162. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие/ Пер. с нем., В 4-х томах. Т. 2.- М.: Генезис, 1998.160 с.
163. Фопель К. Психологические группы: Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие/ Пер. с нем..- М.: Генезис, 1999. - 256 с.
164. Франки В. Человек в поисках смысла: Сборник/общ. Ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева.-М.:Прогресс, 1990.-368с.
165. Фролькис В.В. Старение и биологические возможности организма. - М.: Наука, 1975.-272с.
166. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. - Л.: Наука, 1988.-237с.
167. Харевен Т.К. Последний этап: исторические аспекты зрелости и старости // Социальная геронтология: Современные исследования.- М, 1994. -С. 104-111.

168. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учеб. пособие.-М.: Дашков и К°, 2003.- 295с.
169. Холостова Е.И. Пожилой человек в обществе. Изд. 2-е, доп. - М., 2000. - 236с.
170. Хрестоматия по возрастной психологии. Учебное пособие для студентов: Сост. Л.М.Семенюк. Под ред. Д.И.Фельдштейна.- М.: Ин-т практ. психологии, 1996.- 302с.
171. Хухлаева О.В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: учеб. пособие для студ. Высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2002. -208с.
172. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение).- Спб.: Издательство «Питер», 1997.-832с.
173. Черноситов Е.В. Проблемы активизации жизни пожилых людей. // Психология зрелости и старения. - М., 2000, № 1 (9), весна. -С. 19-40.
174. Шапиро В.Д. Социальная активность пожилых людей в СССР.- М.: Наука, 1983.-128с.
175. Шапиро В.Д. Человек на пенсии: (Социальные проблемы и образ жизни).- М.: Мысль, 1980.-208с.
176. Шаповаленко И.В. Социальная ситуация развития в пожилом возрасте. // Психология зрелости и старения. - М., 1999, №1(5), весна. - С.68-90.
177. Шарин В. Социальное обслуживание: проблемы, пути развития.//Социальное обеспечение. - М., 2003, №1.-С. 12-15.
178. Щукина Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей. — М., 2000. - 244 с.
179. Щукина Н.П. Институт взаимопомощи в системе социальной поддержки пожилых людей.-М: Дашков и К°, 2004-408с.
180. Эриксон Э. Детство и общество. - СПб.: Лет. сад, 2000.-415с.
181. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. - М.: Издательская группа «Прогресс», 1996.-344с.
182. Юнг К.Г. Жизненный рубеж// Проблемы души нашего времени.- М., 1996. - с. 185-203.

183. Якимаха ЛИ. Роль семьи в жизни пожилых людей. // Психология зрелости и старения. - М., 2002, № 2(18), лето.-С.117-129.
184. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. - М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОСД999.- 224с.
185. Ageing and social policy. A critical Assessment./ Ed. By Chris Philipson and Alan walker. - Aldershot (Hants); Brookfield (Venn), Glower, cop. 1986.- 334p.
186. Ageing: Recent advances and creative responses/ Ed/ by Butler A.; Publ. In assoc. With the Brit. Soc. Of gerontology.- London, etc.: Croom Helm, 1985.- 31 lp.
187. Aging and society: Current reseach and policy perspectives/ Ed by Borgatta E.F. and McCluskey N.G.-Beverly Hills; London: Sage, 1980.-216p.
188. Aging and the aged in medieval Europe: Sel. Papers from the annual conf. Of the centre for medieval studies, Univ. of Toronto, held 25-26 febr. And 11-12 Nov. 1983/ Ed. by Michael M. Sheehan.- Toronto: Pontifical inst. Of medieval studies.-cop. 1990.- **228p/**
189. Aging in place with dignity. Intern, solutions relating to the low-income a. frail elderly/ Ed. by Leonard F. Heumann a. Duncan P. Boldy Westport (Conn.); London : Praeger, 1993 -XIII, 193 с.
190. Aging in the 1980s: Psychological issues/ Leonard W. Poon, ed.; Assoc. Eds Marilyn Albert et al.- Washington: Amer. Psychol. Assoc. — cop. 1980.-63 8p.
191. Aging in Western societies. Ed. By Ernest W. Burgess/Chicago/ Univ. Of Chicago press, 1961.-492p/ '
192. Aging: social change/ Ed. by Sara B. Kiesler et al.- New York, etc.: Acad. Press, - cop. 1981.-63 lp.
193. Aldershot W. The experience of housing in retirement Elderly lifestyles a. private initiative G etc.: Avebury, Cop. 1990 - XI, 239 с.
194. Community alternatives to institutional care: Hearing before the Spec. Comm. On aging, US Senate, 98th Congress, 1st sess., Harris - urg., July,6,1983.- Washington.: Government printoff., 1983.-66p.

195. Contemporary social gerontology. Significant developments in the field of aging/Ed. by B.D. Bell.- Springfield. Thomas, 1976.- 454p.
196. Dependency or independency in old age/ Ed. by J.M.A. Munnichs and W.J.A. Van Den Heuvel.-The Hague: Nijhoff, 1976.-175p.
197. Dychtwald K., Flower J. Age wave The challenges a. opportunities of an aging America. - Los Angeles : Tarcher, Cop. 1989 - XIX, 380 c.
198. Energy assistance and home healthcare for the elderly: Hearing before a subcommity on housing, House of representatives, 98th Congress,2nd sess. June 8,1988.- Washington.: Government print.off., 1985.-78p.
199. Ethnicity and aging: Theory, research and policy.- N.Y.: Springer.- 1979.- 372.
200. Foner N. Ages in conflict: A cross-cultural perspectives on inequality between old and young.-N.Y.: Columbia univ. press, 1984.-305p.
201. Gross D. Prescription Drug Prices in Canada, Issue Brief IB62, AARP Public Policy Institute (Washington, DC: AARP), June 2002.
202. International directory of organizations concerned with the aging.-NY, 1977. -54p.
203. International handbook on aging: Contemporary developments and research/ Ed. by Palmore E. — Westport (Conn): Greenwood press, 1980.-531 p.
204. Loewenberg F.M. Religion and social work in contemporary American society. - Columbia univ. press: New York; 1988.-176p.
205. McCann L. The ADEA and the Eleventh Amendment, 2 EMPLOYEE RIGHTS AND EMPLOYMENT POLICY JOURNAL 241 (1998).
206. Minois G. History of old age in western culture and society || Ageing and later life| Ed. JJohnson, R. Slater.-P.135-142.
207. National directory of educational programs in gerontology/ Prep. By the Assoc. For gerontology in higher education- Washington, 1976-615p.
208. Physical illness and depression in older adults : A handb. of theory, research, a. practice Ed. by Gail M. Williamson [et al.] New York [etc.]: Kluwer acad./ Plenum, Cop. 2000-XTV, 370 c
209. Quadagno J.S. The transformation of old age security: class and politics in the American welfare state.- The univ. of Chicago; 1988.0253p.

210. Schmidt I.W. Memory and ageing: beliefs, performance and effects of training .Groningen, 2000. - 307c.
211. Sherman S.R., Newman E.S., Foster families for adults: A community alternative in long-term care. -Columbia Univ. Press., New York, 1988.-21 lp.
212. Social policies for the eighties.-2nd ed. - Ottawa (Ont.): Canadian Council on social development, 1983-100p.
213. Social gerontology/Ed. Kleiman, Basel,etc.: Karger, 1983.-205p.
214. Social service organizations/ Ed. in - chief Peter Romanovsky Advisory ed. Clarke A. Chambers.- Westport, Connecticut, London, 1978.- (The Greenwood Encyclopedia of American Institutions). Vol.1, -1978.-420p.
215. Social service organizations/ Ed. in - chief Peter Romanovsky Advisory ed. Clarke A. Chambers.- Westport, Connecticut, London, 1978.- (The Greenwood Encyclopedia of American Institutions). Vol. 2,1978.-843p.
216. Social welfare in modern Britain: An introductory reader/ Ed. by Eric Butterworth and Robert Holman.-2 impr.- Glasgow: Collins, 1977.-443p.
217. Social welfare in society/ Ed. by George T., Mayer N.- New York: Columbia univ. press, 1981.-600p.
218. Social work research in the human services/ Ed. by Henry Wechler Helen Z., Dobbin D.D. -New York: Human Sciences press, cop.1976.-360p.
219. Social work research/ Ed. by Norman A. Polansky. Chicago-London. The Univ. of Chicago press, 1970.-306p.
220. The social challenge of ageing/ Ed/ by D. Hobman.-N.y.: St. Martin's press, 1978.- 287p
World Population Prospects. The 1998 Revision. Vol. I. Comprehensive Tables. United Nations. N.Y., 1999.

ДОДАТОК А . ТЕСТИ НА визначення ДИМЕНЦІЇ

Тести дозволяють запідозрити наявність когнітивних порушень, розвиток початкових етапів деменції та старечого недоумства . Це дозволяє максимально рано розпочати терапію та відстрочити чи сповільнити прогресування патології. Вони економічні, точні і вимагають докладання значних зусиль з боку перевіряемого. Результати, що вказують на наявність негативних змін є підставою для проведення подальших інструментальних обстежень.

Класифікація тестів на деменцію

Залежно від того, які саме можливості перевіряються за допомогою тесту, виділяють:

- тести на орієнтацію у просторі та часі;
- діагностику всіх видів пам'яті;
- перевірку сприйнятливості чужої мови та здатності до зв'язного мовлення самого пацієнта;
- тести для оцінки можливості виконання завдань, що складаються з ланцюжка дій;
- оцінка рівня інтелекту.

Сукупний результат цих тестів дає чітку картину порушень пам'яті, дозволяє попередньо запідозрити той чи інший діагноз.

Тест з годинником

Один з найвідоміших і найпопулярніших тестів на визначення деменції. Пацієнту пропонується намалювати циферблат і розмістити на ньому цифри згідно з загальноприйнятою картиною годинника у 12-годинному форматі. На зображеному циферблаті необхідно вказати певний час. Залежно від малюнка циферблата, правильності розташування цифр, коректності вказівки стрілок судять про наявність чи відсутність патології. При цьому результат у 9-10 балів характеризує здорову людину, менше 9 – сигналізує про наявність проблем із пам'яттю. Цей тест входить у комплексну оцінку ступеня розвитку деменції, є складовою інших тестів.

SAGE-тест – комплексна оцінка когнітивних функцій

Цей тест складається з декількох етапів, на кожному з яких оцінюється певна навичка. Він відноситься до високочутливих. Перевага цієї перевірки в тому, що людина може пройти її самостійно в домашніх умовах. Фахівці рекомендують залучати під час тестування одного помічника. Він стежитиме за часом, спрямовуватиме і пояснюватиме, якщо це необхідно, не зрозумілі пацієнтові завдання.

Під час виконання завдань не можна користуватися калькулятором, смартфоном, годинником. Середній час виконання – 15 хвилин. У цьому тесті використовуються такі завдання, як необхідність назвати дату та поточний час, дати назву намальованим предметам, знайти спільні риси у запропонованій парі, намалювати геометричні фігури, циферблат годинника. Також є перевірка пам'яті. За правильне виконання завдання нараховуються від 1 до 4 балів. У результаті результат у 17-22 бали говорить про відсутність проблем із пам'яттю, 15-16 – про помірні порушення, менше 15 – про наявність деменції.

міні гвинтик

Для експрес оцінки пам'яті випробуваного використовують цей тест. Він займає 5-10 хвилин і складається з 3-х етапів: людині говорять 3 не взаємопов'язані слова, просять намалювати циферблат годинника, і потім назвати раніше почуті слова. Правильне виконання всіх завдань означає нормальну роботу пам'яті, помилки на якомусь етапі, особливо проблеми з годинником, сигналізує про наявність порушень.

До інших популярних тестів на визначення деменції відносяться Монреальська когнітивна оцінка, шкала MMSE, MIS скринінг порушень пам'яті та інші. Всі вони включають здатність адекватно сприймати час і простір, здатність вибудовувати логічні висновки, повторювати ряди слів або

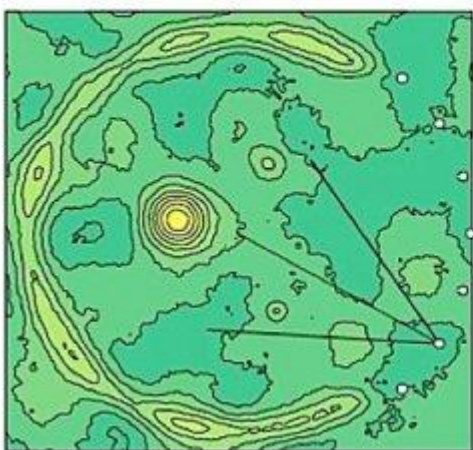
цифр, рахувати. У математичних вправах найчастіше використовуються приклади з підрахунком грошей після покупки. Більшість тестів включають тест з годинником як один з найбільш інформативних і точних.

Тест «Чотири гори»

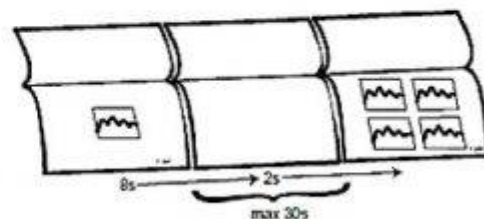
«The 4 Mountains Test», або гра «Чотири гори» — розробка американських вчених. Це короткий тест, схожий на завдання із зображеннями. Він оцінює просторове мислення, пам'ять, здатність аналізувати і зіставляти і має високу чутливість для діагностики хвороби Альцгеймера.

Пацієнту пропонується згенерований комп'ютером ландшафт із зображенням чотирьох пагорбів. Людина бачить контурну карту (А), схему (В) та об'ємний кадр ©, уважно вивчає ці дані. Після цього йому пропонується 4 картинки (D), з яких 3 — ті самі гори, тільки з різних ракурсів, а 1 — інше місце. пацієнту необхідно знайти зайву картинку.

А



В



С



Д



Як розпізнати хворобу Альцгеймера на ранніх стадіях

Хвороба Альцгеймера (БА) — необоротна форма втрати пам'яті, загибелі клітин головного мозку. Найчастіше вона властива людям похилого віку (старше 65 років). Світова статистка свідчить, що з цим захворюванням стикається дедалі більше літніх людей. Причому воно не лише прогресує, а й «молодіє».

На жаль, знайти ефективне лікування проти бронхіальної астми поки не вдалося жодному вченому. Але як показує практика, чим раніше вона буде виявлена, тим ефективніша дія терапії, спрямованої на зупинення регресивних процесів у мозку.

Саме тому так важливо стежити за станом своїх близьких людей похилого віку і своєчасно звертатися до лікаря.

Ключові симптоми: на що звернути увагу

Особлива небезпека хвороби Альцгеймера у її неявній симптоматиці на початковій недузі. Ну що такого, якщо бабуся забула, куди поклала окуляри або насилу згадує ім'я новонародженого онука. Як правило, це списується на старість і такі дзвіночки мало хто звертає увагу. Адже саме вони можуть бути першими ознаками недуги, що насувається.

Прості тести-ігри

Застосовуються і найпростіші тести на Альцгеймера, які можуть бути сприйняті пацієнтом як гра. Серед масиву однакових літер чи цифр необхідно відшукати відмінну (наприклад, серед літер ПРО – С, М – N, цифр 9 – 6). Може бути запропонований ще один тест з картинками — на зображеннях є очевидні фігури (дерева, квіти, пейзаж) і неочевидні (особи, люди. Необхідно відшукати «заховані» елементи).



У гілках дерева «заховано» 10 осіб



Земля, скелі та гілки створюють обриси дитини

Хвороба Альцгеймера – велике випробування для всієї родини. Однак її прогрес при правильному лікуванні можна уповільнити. А правильний спеціалізований догляд за хворими на пізніших стадіях дозволить їм радіти життю та почуватися повноцінними членами суспільства максимально довго.

Хвороба Альцгеймера симптоми та ознаки тести

Існують **тести** на недоумство, які допомагають виявити ранні прояви **хвороби Альцгеймера**, **симптомів та ознак** її.

Пропонуємо перевірити себе або своїх літніх родичів на наявність **ранніх симптомів** прояву цього невиліковного захворювання на **тести** мозкової діяльності.

Експрес-тест на приховану депресію

Причиною хвороби Альцгеймера, симптомів та ознак з порушенням пам'яті та функцій інтелекту може бути прихована депресія. Дана патологія досить часто зустрічається у людей похилого віку, тому психологічне тестування при підозрі на хворобу Альцгеймера, як правило, доповнюється експрес-тестом на приховану депресію.

Приклад найпростішого тесту на приховану депресію.

- Вранці стало набагато складніше підвестися з ліжка.
- Важко зібратися перед виходом у світ (до друзів, в кіно і т.п.).

- Навколо стало більше неприємних та недобррозичливих людей.
- Часто бувають періоди поганого настрою, коли нічого не хочеться робити.
- Останнім часом неважливе самопочуття, що частіше турбують хронічні захворювання.
- Рідше почали спілкуватися з приятелями, сусідами, родичами.
- Найчастіше навертаються сльози на очі.
- Стали сильно мерзнути і намагаєтеся укутатись тепліше.
- Неприємні різкі звуки та яскраве сонячне світло.
- Зменшився апетит.
- Останнім часом оточуючі стали менше приділяти вам уваги.
- Фраза: «Вранці почуваюся найкраще» – це не про вас.
- Багато речей, які раніше радували, сьогодні стали абсолютно байдужими.
- Можете довго лежати в ліжку без діла.
- Іноді відчуваєте таку тривогу.
- Улюблену роботу виконуєте без колишнього ентузіазму.
- Спогади про минуле часто приносять гостру тугу.
- Почали сваритися з близькими людьми.

Рання діагностика хвороби Альцгеймера

Діагностувати Альцгеймера якомога раніше

LifeSciencesToday по матеріалам EPFL: діагностування хвороби Альцгеймера раніше, ніж пізніше

Відмінною рисою хвороби Альцгеймера є поява бляшок у головному мозку. Бляшки поступово утворюються за рахунок агрегації невеликих білків, які називаються бета-амілоїдними пептидами. Як правило, хвороба Альцгеймера діагностується з великими труднощами, тоді, коли бляшки, що утворилися, вже негативно вплинули на когнітивні здібності, наприклад, призвели до втрати пам'яті. У великому дослідженні, проведеному під керівництвом фахівців із Федеральної політехнічної школи Лозанни (École polytechnique fédérale de Lausanne, EPFL), міжнародна група вчених з Гарварда, Единбурга та Ульма знайшла спосіб виявлення агрегації бета-амілоїду на ранній стадії, який може зробити діагностику та лікування нейродегенеративного захворювання набагато ефективніші. Дослідження опубліковано в журналі *Alzheimer's and Dementia* (Rudinskiy et al.,

Хвороба Альцгеймера – і ціла низка інших хвороб – починається, коли бета-амілоїдні пептиди починають агрегувати, чи злипатися, у головному мозку, утворюючи структури більшого розміру, звані олигомерами (від грецького *oligos* – незначний, небагато). Олігомери, у свою чергу, злипаються в ще більші структури – бета-амілоїдні бляшки. Проблема тут полягає у поганій вивченості молекулярних механізмів, що ведуть до злипання бета-амілоїду

до олігомерів. Понад те, залишається предметом суперечок учених і структура олігомерів. Метою цього міжнародного проекту було вивчення того, що відбувається під час агрегації, особливо на ранніх стадіях цього процесу.

Використовуючи різні методи аналізу (наприклад, мас-спектроскопію), дослідники визначили специфічні точки на бета-амілоїдних пептидах, в яких відбувається процес, що називається авторозщепленням (autocleavage). Зазвичай бета-амілоїдні пептиди розрізаються спеціалізованими ферментами, і це є частиною процесу очищення клітини. Але в даному випадку бета-амілоїди просто розриваються в певних точках уздовж своєї структури без будь-яких ферментів.

Дослідники встановили, що розщеплення бета-амілоїдних пептидів відбувається на ранніх етапах агрегації. Цей процес генерує усічені фрагменти бета-амілоїдів, які можуть утворювати комплекси з нормальними інтактними молекулами бета-амілоїду. Це призводить до утворення нейротоксичних олігомерів, які, як вважають, є причиною ранніх когнітивних проблем, притаманних хворобі Альцгеймера.

Крім того, ауторозщеплення бета-амілоїду призводить до утворення чітко відтвореної структури або «сигнатури фрагмента», а це означає, що вона може бути використана для раннього виявлення агрегації бета-амілоїду.

Вчені провели скринінг тканин мишей, що використовуються як стандартні моделі хвороби Альцгеймера, а також тканин померлого людського мозку та спинномозкової рідини. Дослідження показало, що ауторозщеплення є дуже важливою клінічною ознакою хвороби Альцгеймера.

Нарешті, дослідники встановили, що усічені пептиди можуть бути використані для розробки антитіл, здатних ідентифікувати та пов'язувати такі пептиди. Це дозволить лікарям проводити моніторинг акумуляції фрагментів бета-амілоїду або навіть зробити їх мішенями імунної системи пацієнта.

«Дослідження показує нові бета-амілоїдні мішені, пов'язані з ранніми ознаками олігомеризації», — говорить керівник проекту Адріан Шмід (Adrian Schmid). «Це може допомогти діагностувати доклінічну стадію хвороби Альцгеймера, а також визначити фактори, що прогнозують клінічне погіршення та прогресування тяжкої деменції».

Ці відкриття піднімають наше розуміння агрегації бета-амілоїду на новий рівень і можуть мати велике значення для діагностики хвороби Альцгеймера та майбутніх методів лікування.

«Доклінічні біомаркери деменції можуть допомогти виявленню осіб, яким принесе користь раннє терапевтичне втручання», — доповнює Шмід. «Таким чином, це може покращити якість життя пацієнта, знижуючи витрати, пов'язані з тривалим наданням медичної допомоги».

Портал «Вічна молодість» 16.05.2016

Найпростіші тести на БА

Сюди входять найлегші за змістом тести, які можуть використовуватися для діагностики не лише потенційними хворими, а й їхніми родичами та навіть знайомими.

Тест с картинками

Найпростіший тест на схильність до хвороби Альцгеймера. Досліджуваному пропонується серія із чотирьох картинок. На трьох зображено той самий предмет (часто в різних ракурсах), на четвертій — інший. Потрібно знайти зайву картинку. Якщо людина нездатна пройти тест на хворобу Альцгеймера з картинками, це може свідчити не лише про наявність патології, а й про схильність до неї. Зазвичай першим проявом бронхіальної астми вважаються проблеми з пам'яттю, особливо із запам'ятовуванням нової інформації. Проте співробітники Університету Луїзвіля виявили, що для вирішення деяких простих завдань людині потрібно задіяти медіальні відділи скроневих часток. Це може допомогти виявити захворювання до появи перших симптомів, оскільки саме в цих зонах починається накопичення патологічних білків (тау-протеїну та бета-амілоїду).



Аризонський опитувальник

Аризонський опитувальник був створений у 2012 році для родичів потенційних пацієнтів із бронхіальної астмою. Цей тест на схильність до Альцгеймера дозволяє зрозуміти, чи можна трактувати зміни у поведінці, особистості та інтелектуальних здібностях близької людини як привід для занепокоєння. Він допомагає виявити початкові зміни у 90% випадків. Використовуючи тести перші ознаки Альцгеймера у дорослих жінок та чоловіків можна виявити задовго до розвитку помірної та тяжкої деменції. Чим раніше хворий розпочне терапію, тим довше він зможе зберегти звичний спосіб життя.

ДОДАТОК Б, ІГРИ ТА ВПРАВИ ДЛЯ ТРЕНІНГІВ

Багато НДО проводять навчання, тренінги та семінари, зустрічі та заходи, що передбачають участь груп незнайомих між собою людей. Тематика навчання може відрізнитися за змістом: права людини, стійкий розвиток, розбудова громади, соціальне підприємництво, гендерна рівність, соціальна інклюзія, протидія насильству, вирішення конфліктів тощо. Водночас, загальною рисою тренінгів є використання інструментів неформального навчання: ігор, вправ, розв'язання практичних завдань та ситуацій, а також мінімальна кількість лекцій і теорій.

Вправи, що використовують під час тренінгів, можна класифікувати залежно від їхніх цілей: криголами, розминки, комунікативні, тематичні, командоутворення, рефлексивні тощо.

Криголами

Ці вправи служать для представлення та знайомства учасників, налаштування членів групи на певний розумовий стан для майбутньої сесії. Вправи можуть варіюватися залежно від типу та тематики навчання, розмірів групи та ступеня знайомства членів групи з другом.

Розминки (енерджайзери)

Розминки призначені для досягнення активної участі групи. Вони використовуються під час спаду в середині дня або під час послаблення уваги групи. Розминки можуть мати форму стимулюючих головоломок або фізичної активності, яка піднімає людей із місць і змушує їх рухатися. Секрет цих вправ у їхній спонтанності. Під час розробки курсу тренеру варто мати в арсеналі кілька підходящих вправ, які можна використовувати в будь-який момент, коли увага групи починає зникати.

Командоутворення

Мета таких вправ — покращити відносини людей у групі під час тренування. Ці завдання є складними для тренерів, оскільки спрямовані на самостійну роботу учасників у невеликих групах (зазвичай розв’язання якої-небудь проблеми). Зазвичай ці завдання займають більше часу, ніж інші вправи. Завдання тренера — стежити за роботою груп і сприяти їхньому руху до заданої цілі.

Підведення підсумків та рефлексія

Наприкінці будь-якого навчання передбачається отримання тренером зворотного зв’язку від учасників, а також оцінка результатів навчання й досягнення поставлених цілей на тренінгу членами групи. Підведення підсумків може бути у формі групового обговорення, графічних методів, інтерв’ю, заповнення анкет, самоаналізу.

Нижче пропонуються приклади вправ, які можна використовувати як на тренінгах, так і заходах за участю великої кількості людей.

Ігри та вправи для знайомства (криголами)

Імена та прикметники

Мета: запам’ятати імена учасників

1. Учасники стають у коло.
2. Перший учасник називає своє ім’я та прикметник на ту ж букву. Наприклад, великий Володимир або прекрасна Поліна.
3. Кожен наступний учасник спочатку повторює імена і прикметники попередніх учасників, а потім називає своє ім’я та прикметник.
4. Якщо група велика, можна обмежити повторення до останніх 4–5 учасників.

Моя буква

Мета: розтопити лід, краще пізнати учасників

Опис:

1. Кожен учасник вибирає собі будь-яку букву алфавіту й озвучує її всій групі або сусідові.

2. Протягом 2 хвилин учасники підбирають якомога більше слів, які описують їх і починаються на обрану літеру.

3. Кожен учасник ділиться своїми словами з групою

Наприклад: мене звать Вікторія й моя буква П. Я практична, пунктуальна, розуміюча і прямолінійна.

Можна написати свої імена й букви на постерах, а потім розвісити їх на стінах для загального ознайомлення протягом дня. Якщо група учасників дуже велика, потрібно спочатку розділити її на невеликі команди.

Інтерв'ю

Мета: познайомитися, зав'язати контакти

Тривалість: 10 хв на пару для інтерв'ю, 2–3хвилини на презентацію кожної людини

1. Учасники розподіляються на пари.

2. Вони малюють на папері обриси руки або тіла партнера й заповнюють відповідями на питання інтерв'ю: ім'я, вік, брати й сестри, робота, заняття, хобі, щось особисте, очікування від семінару.

3. Кожен представляє учасникам свого партнера з допомогою листочка з відповідями.

Чемпіони

Мета: представити учасників один одному в позитивному, оптимістичному ключі, який підкреслює цінність учасника для групи.

Розмір групи: до 20 осіб

1. Учасники стають у пари
2. Протягом хвилин учасники опитують один одного і краще пізнають.
3. Потім кожен учасник представляє групі свого партнера.
4. Подання має представити людини в найкращому вигляді, «продати» його, показати його цінність для тренінгу або отриманого завдання.

Поясніть учасникам, що мета вправи — успіх, а не просто представлення свого партнера. Потрібно показати членам групи яким цінним активом для команди або групи є людина. Можна змінити завдання, щоби кожен учасник представляв себе, показуючи яку цінність він може представляти для команди.

Як ми схожі!

Вправа допомагає учасникам краще пізнати один одного, а також дозволяє обговорити питання, пов'язані зі встановленням контакту зі співрозмовником, покупцем, клієнтом тощо.

Необхідні матеріали: папір, олівці, призи.

Час: 10–15 хвилин.

Розмір групи: 10–20 осіб.

1. Тренер просить групу розбитися на пари й пояснює, як буде проходити вправа.

2. Кожна пара повинна якомога швидше знайти й записати 10 характеристик, вірних для них обох. Не можна писати загальнолюдські відомості, такі як «у мене дві ноги». Можна вказати, наприклад, рік народження, місце навчання, хобі, сімейний стан тощо.

3. Після того як 10 характеристик записані, кожен член групи обирає іншого партнера й повторює те ж саме з ним.

4. Той, хто швидше за всіх знайде 10 якостей, які об'єднують його з п'ятьма іншими учасниками, отримує приз.

5. Після вправи тренер обговорює, що спільні риси можна знайти будь із ким (клієнтом, партнером, колегою тощо).

Чарівний ящик

Мета: познайомитися один з одним, розтопити лід між учасниками

1. Кожен учасник підходить до коробки, дивиться всередину й каже одну хорошу річ про людину, чиє фото він бачить всередині, не відкриваючи групі секрету, хто там. Коли учасники заглядають у коробку, вони бачать там своє відображення, тобто повинні сказати щось хороше про себе.

2. Наприкінці вправи тренер каже, що гра має безліч позитивних рис і в учасників буде шанс проявити ці риси під час тренінгу (навчання).

Розминки (енерджайзери)

Знайди свою пару

Мета: порухатися й посміятися

Час: 10 хвилин

Матеріали: папірці з написаним текстом — назви тварин (кожна тварина у 2 примірниках).

1. Порахуйте кількість учасників
2. Розділіть кількість учасників на 2, щоби визначити кількість необхідних тварин.
3. Для кожної тварини напишіть його ім'я на двох аркушах.
4. Роздайте аркуші учасникам із проханням нікому їх не показувати.
5. Усі починають рухатися кімнатою.
6. Учасники закривають очі руками, видають звірині звуки й намагаються знайти свою пару.

Сурдопереклад

Мета: активізувати групу.

Час: 10 хвилин

Матеріали: папірці з написаним текстом — різні прості віршики.

1. Ведучий пропонує розділитися всім на пари.
2. Пари по черзі виступають перед іншими учасниками. Кожен із пари виступає по черзі в ролі дикторів і сурдоперекладачів. Поки один із партнерів читає вірш, інший перебуває поруч і виступає в ролі сурдоперекладача — передає з допомогою міміки й жестів зміст тексту.

Збери фразу

Мета: активізувати групу.

Час: 10 хвилин

Матеріали: папірці з написаним текстом — відомі фрази і вирази.

1. Тренер вибирає відомі вирази і словосполучення й пише їхні половинки на різних картках. Наприклад, «З днем» на одній картці, а

«народження» на інший. Кількість карток має відповідати кількості учасників

2. Картки опускають у капелюх,

3. Кожен з учасників витягує наосліп картку.

4. Учасники намагаються відшукати серед членів групи власника другої половинки фрази.

Гра в банан

Мета: посміятися

Час: 10- 15 хвилин

1.Тренер вибирає якийсь предмет: банан, в'язку ключів тощо.

2.Все учасники стають у коло, тримаючи руки за спиною.

3. Один доброволець стає в середину кола.

4.Тренер обходить учасників і таємно вкладає предмет комусь у руки.

5.Учасники починають його передавати за спиною з рук у руки.

6.Задача добровольця в середині — вгадати по обличчю, хто тримає предмет, і помінятися з ним місцями.

7. Гра повторюється знову.

Сонце світить на...

Мета: посміятися, порухатися

Час: 10- 15 хвилин

1.Учаснікі сидять або стоять у тісному колі.

2.Одна особа стоїть всередині кола і кричить: «Сонце світить на...» а потім вказує на предмет одягу або колір, який є в кого-то з учасників. Наприклад, «сонце світить на того, у кого карі очі» або «сонце світить на того, на кого шкарпетки».

3. Усі власники зазначеного кольору або предмета одягу міняються місцями один з одним.

4.Учасник із середини кола намагається зайняти чиєсь місце, поки гравці переміщуються.

5. Новий учасник стає в середину кола і гра триває.

Колективна поема

Час проведення: 30 хв.

Матеріали: аркуші паперу і фломастери на кожного учасника.

1.Попросіть учасників написати свої ініціали в правому верхньому кутку листка (ви теж підпишіть свій листок).

2. Кожен учасник пише короткий рядок, з якоїго буде починатися поема, передає свій листок сусідові зліва, і той дописує свій рядок, яка продовжує поему

3. Після того як кожен напише по одному рядку на всіх листках, закінчена поема повертається автору першого рядка.

4. Після того як усі поеми будуть написані, прочитайте свою. Потім запитайте, хто ще хоче прочитати свою поему

Ти мені подобаєшся тим...

Час проведення: 20 хв.

Варіант 1.

1. Учасники стають у коло.
2. Тренер кидає м'яч одному з учасників, кажучи водночас: «Мені в тобі подобається...» і називає вподобане якість (кілька якостей).
3. Учасник, який отримав м'яч, кидає його іншій людині й називає сподобалися йому якості.
4. М'яч повинен побувати у всіх учасників.

Варіант 2. Розділіть групу на пари. Цю вправу можна проводити в парах.

Вправи наприкінці тренінгу

Подарунки

Ця вправа виконується наприкінці тренінгу.

1. Імена всіх учасників пишуть на листочках і кладуть у коробку.
2. Учасники витягують чиєсь ім'я (не своє). Їм надається час, щоби вгадати подарунок, який би вони подарували цій людині.
3. Кожному надається можливість представити й подарувати уявний подарунок іншому учаснику тренінгу.

Дій!

Мета: сформулювати плани на майбутнє з урахуванням знань, отриманих під час тренінгу

Час: 15 хвилин

1. Запропонуйте кожному учаснику подумати про те, що він отримав від курсу, і що збирається робити після завершення навчання.

2. Запропонуйте учасникам розділити аркуш паперу на три стовпці з написом «Шість місяців», «Три місяці» й «завтра» та заповнити ці стовпці.

3. Дайте учасникам 15 хвилин, а потім попросіть кожного зачитати одну найважливішу річ із колонки.

Прощання

Мета: Вербальне підведення підсумків тренінгу, вираз емоційного ставлення учасників групи один до одного й до керівника.

Процедура: учасники групи по колу мають можливість висловити думку, наскільки ефективним їм видався тренінг, наскільки він виправдав їхні сподівання, що нового відкрив в області міжособистісних відносин та за тематикою тренінгу; можна також звернутися з реплікою безпосередньо до будь-кого з групи або до її керівника.