

**РУКОВОДСТВО ДЛЯ
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО
ВЫЯВЛЕНИЮ И РЕШЕНИЮ
ПРОБЛЕМ, ВОЗНИКАЮЩИХ
В ХОДЕ СЕМИНАРОВ
«ПОСЛУШАЙ МОЮ
ИСТОРИЮ»**





Руководство для специалистов по выявлению и решению проблем, возникающих в ходе семинаров «Послушай мою историю».

Данное руководство подготовлено Союзом женских ассоциаций префектуры Ираклиона (UWAN), в тесном сотрудничестве с партнерами проекта [«S.IN.CA.L.A. II – Поддержка лиц, обеспечивающих неформальный уход: Холистический подход к семье и течению жизни»](#).

Разработано Союзом женских ассоциаций префектуры Ираклиона (UWAN):

- Элени Геракаки, социолог, специалист в области психиатрии
- Ставроты Карпетакис, психолог

Партнеры проекта:

- Женский центр информации и поддержки (WSIC) - Эстония
- Тартуский университет (UT) - Эстония
- Союз женских ассоциаций префектуры Ираклиона (UWAN) – Греция
- Греческая ассоциация болезни Альцгеймера и сопутствующих расстройств (Alzheimer Hellas) - Греция
- Anziani e Non Solo - Италия
- Centro de Atendimento e Servicos 50+, Associacao - Португалия
- Spominčica (Незабудка) – Альцгеймер Словения - Словения

Фотографии: Unplash

Распространяется по лицензии Creative Common Licence - Attribution-NonCommercial-NoDerivs



Содержание материалов отражает только точку зрения авторов. Ни национальное агентство, ни Европейская комиссия не несут ответственности за любое использование информации, содержащейся в данной публикации.



Содержание

Введение	4
Проект SINCALA	4
Целевая аудитория и цель применения данного руководства	4
Структура руководства: как пользоваться руководством	4
Цели обучения и задачи данного руководства	5
Раздел 1: Неформальные опекуны	8
Теоретическая часть	8
1.1 Определение неформальных опекунов	8
1.2 Испытания и трудности для неформальных опекунов	13
1.3 Навыки опекунов	23
Практические элементы	28
1. Самостоятельное устранение проблем будучи неформальным опекуном – сами «задаем вопросы» и сами «обосновываем».	28
2. Окно Джохари	28
3. Звенья личности	29
4. Создать свою собственную историю (Профессионалы, волонтеры, пожилые люди)	30
Раздел 2: Предотвращение жестокого обращения с пожилыми и сохранение чувства уважения	31
Теоретическая часть	31
2.1 Предположения и стереотипные представления о жестоком обращении с пожилыми людьми	31
2.2 Формы и признаки насилия в отношении пожилых людей и гендерного насилия	32
2.3 Различные виды жестокого обращения с пожилыми людьми	33
2.4. Пренебрежение, преднамеренное или непреднамеренное насилие	40
2.5 Многогранность жестокого обращения с пожилыми людьми	41
2.6. Домашнее насилие в отношениях, основанных на заботе: изменение расстановки сил и риски	43
2.7. Выявление факторов риска и признаков жестокого обращения с пожилыми людьми при работе с лицами, осуществляющими уход	45
2.8 Обеспечение защиты взрослых	47
2.9 Помощь жертвам домашнего насилия и существующая помощь опекуну	48
Практические элементы	51
1. Метод критических инцидентов (Метод критических инцидентов Фланагана, 1957 год)	51



2. Гендерные стереотипы и факты в отношении пожилых людей	51
3. Ролевая игра	52
4. Признание насилия в отношениях подопечный-опекун и создание плана обеспечения безопасности	55
5. Краткое изложение основных правил работы	58
6. Проективные методики: Восприятие себя как неформального опекуна (Вариация проекционного теста Махвера «Нарисуй человека»)	59
7. Изложение методов и ценностей	59
Раздел 3: Уроки, извлеченные из семинаров «Послушай мою историю».	63
Теоретическая часть	63
3.1 Примеры проблемных вопросов, поднятых на семинарах, и возможные решения	63
3.2 Как конкретно поступать с выявленными потенциальными случаями насилия/выгорания опекунов и культурными различиями	65
Практические элементы	66
Раздел 4: Европейский контекст	68
Теоретическая часть	68
4.1 Старение населения в ЕС, последствия для общества	68
4.2 Европейская политика реагирования на старение населения	70
4.3 Лучшие практики, сети, психосоциальные вмешательства и другие полезные инструменты	70
Практические элементы:	73
Вариация формы жизненного пути:	73
Раздел 5: Национальный контекст – все партнеры	75
5.1 Неформальный уход за родственниками в Эстонии	75
5.2 Юридические основы неформального ухода за близкими	77
5.3 Что делать, если близкому необходим уход?	78
Источники	82



Введение

Проект SINCALA

Данное руководство было разработано в рамках проекта SINCALA, 30-месячного проекта Erasmus+, стартовавшего в ноябре 2020 года. Проект SINCALA (Поддержка лиц, обеспечивающих неформальный уход: холистический подход к семье и течению жизни II) направлен на распространение информации для выявления и решения проблем, связанных с насилием, лицам, обеспечивающим неформальный уход, а также на проведение обучения и онлайн-образовательных программ для лиц, обеспечивающих неформальный уход. Это руководство способствует обучению данной группы и направлено на то, чтобы предоставить специалистам, работающим с пожилыми людьми и их неформальными опекунами, рекомендации, которые помогут им выявить и решить такие проблемы, как выгорание, жестокое обращение с пожилыми людьми или другие формы домашнего насилия.

Целевая аудитория и цель применения данного руководства

Данное руководство предназначено для медицинских и социальных работников, которые работают с пожилыми людьми и их неформальными опекунами, в связи с тем, что они часто плохо подготовлены для выявления предупредительных признаков проблем, связанных с жестоким обращением с пожилыми людьми. Это руководство представляет собой справочник, который предоставляет этим специалистам рекомендации о том, как реагировать на насилие в семьях с неформальным уходом. Данное руководство также поможет фасилитаторам семинаров выявлять и решать проблемы, возникающие в ходе семинаров «Послушай мою историю», и послужит основой для МООК и онлайн-материалов. Аудитория может состоять из разных социальных групп и обладать разными ранее полученными знаниями. Эти различия необходимо учитывать в ходе изложения всего руководства, поскольку цель состоит в том, чтобы каждый смог достичь одинакового уровня знаний и понимания.

Структура руководства: как пользоваться руководством

Каждый раздел состоит из теоретической части и практических элементов. Точнее говоря, в разделах совмещаются теоретическая информация по теме и предлагаемые занятия для профессионалов с целью облегчения их работы с неформальными опекунами по рассматриваемым темам.

Теоретическая часть включает в себя информацию о неформальных опекунах, о предотвращении жестокого обращения, о сохранении уважения, и семинары, которые запущены в тестовом режиме во всех странах-партнерах (Эстония, Италия, Португалия, Греция и Словения), а также в европейском и национальном контексте. Следующие партнеры по проекту подготовили информацию, ориентированную на конкретную страну,



которая имеет отношение к национальному контексту: Женский центр информации и поддержки – WSIC (Эстония), Тартуский университет – UT (Эстония), Союз женских ассоциаций префектуры Ираклиона – UWAN и Греческая ассоциация болезни Альцгеймера и сопутствующих расстройств – Alzheimer Hellas (Греция), Anziani e Non Solo (Италия), Centro de Atendimento e Servicos 50+, Associacao (Португалия) и Spominčica-Nezabudka – Альцгеймер Словения (Словения).

Практические элементы включают в себя занятия, специально разработанные для целевой аудитории. Эти занятия варьируются в зависимости от цели обучения. Они могут включать в себя изучение практических примеров, вопросы для обсуждения, ролевые игры, аудиовизуальные материалы и т. д.

Цели обучения и задачи данного руководства

Данное руководство предназначено для социальных и медицинских работников, которые работают с пожилыми людьми и их неофициальными опекунами, с тем чтобы помочь им выявить и решить проблемы, связанные с насилием в семьях с неформальным уходом. Это руководство направлено на то, чтобы научить специалистов объединять инструменты с методами в своей работе с неформальными опекунами, которая связана с решением таких проблем, как выгорание, пренебрежение, жестокое обращение и многих других. Благодаря данному руководству социальные и медицинские работники, а также лица, осуществляющие неформальный уход, могут приобрести такие профессиональные качества, как понимание, знание, применение, оценка и синтез.

После изучения **раздела 1** данного руководства, обучающиеся будут иметь достаточные знания в следующем:

- Изучение и обсуждение роли и значимости лица, обеспечивающего уход.
- Получение более глубоких знаний и умение определять различные роли, ситуации и трудности, с которыми могут столкнуться лица, обеспечивающие уход, в зависимости от родственных связей с лицом, за которым он осуществляется.
- Подготовка опекуна к осуществлению ухода на дому и создание более безопасных условий как для лица, обеспечивающего неформальный уход, так и для лица, за которым он осуществляется.
- Выявление и удовлетворение потребностей лица, обеспечивающего уход.
- Признание всех проблем и эмоций, которые может испытать лицо, обеспечивающее уход.
- Разработка ежедневных стратегий для предотвращения возникновения и смягчения любых трудностей (стресс, истощение опекуна).
- Знание и определение способностей к устойчивости с помощью специальных педагогических методов.
- Понимание аспектов старения и болезней человека, нуждающегося в уходе.



- Улучшение знаний о выявлении насилия, которое может быть совершено пожилыми людьми по отношению к лицу, осуществляющему уход.
- Получение более глубоких знаний и умение распознавать бремя и выгорание опекуна, а также связь с насилием и жестоким обращением.
- Оценка и совершенствование коммуникативных, творческих навыков и навыков тайм-менеджмента лица, осуществляющего уход.
- Изучение и оценка ассертивности лица, осуществляющего уход.
- Понимание и обсуждение советов по уходу за собой лиц, осуществляющих уход.
- Работа с людьми с болезнью Альцгеймера или деменцией и удовлетворение их потребностей.

После изучения **раздела 2** данного руководства, обучающиеся будут иметь достаточные знания в следующем:

- Понимание и признание предположений и стереотипов о жестоким обращении с пожилыми людьми.
- Выявление форм и признаков жестокого обращения с пожилыми людьми (устранение пренебрежения, преднамеренного и непреднамеренного жестокого обращения).
- Выявление гендерного насилия в отношениях по уходу (исследование домашнего насилия).
- Получение практических знаний и умение различать факторы риска и предупреждающие знаки, выявлять и поддерживать пострадавших от такого насилия.
- Обеспечение безопасности взрослых людей.

После изучения **раздела 3** данного руководства, обучающиеся будут иметь достаточные знания в следующем:

- Описание проблем, с которыми может столкнуться вся семья.
- Применение решений для борьбы с насилием и выгоранием опекуна в семьях, в которых обеспечивается уход.
- Выявление, наглядное изображение и повышение осведомленности о важности принятия семейного подхода.
- Быстрое выявление сбоев в семейном уходе, определение и решение проблем, возникающих в семьях.
- Предоставление и составление новых и инновационных терапевтических подходов и инновационных методов для улучшения предоставления услуг в семьях.
- Владение и демонстрация методов улучшения способности справляться с депрессивными симптомами, эмоциональным дистрессом и другими проблемами лица, осуществляющего уход, а также методов обеспечения благополучия получателя помощи.



После изучения **раздела 4** данного руководства, обучающиеся будут иметь достаточные знания в следующем:

- Общий обзор и воспроизведение информации о пожилom взрослом населении и статистических данных о пожилых людях в Европе.
- Выявление проблем и расширение знаний о проблемах, с которыми сталкиваются другие страны и организации в отношении поддержки лиц, обеспечивающих неформальный уход, и доступных решениях.
- Понимание передового опыта, сетей и политик поддержки неформальных опекунов в Европе.

После изучения **раздела 5** данного руководства, обучающиеся будут иметь достаточные знания в следующем:

- Повышение осведомленности, анализ и объяснение темы на национальном уровне (политика, законодательство, каналы связи, службы поддержки на дому, сети лиц, осуществляющих уход, обучение/осведомленность лиц, осуществляющих неформальный уход, программы и услуги).
- Воспроизведение ценных ресурсов по теме.



Раздел 1: Неформальные опекуны

Теоретическая часть

1.1 Определение неформальных опекунов

1.1.1 Кто такие неформальные опекуны?

Демографическая пирамида меняется, экспоненциально увеличивается средняя продолжительность жизни и, следовательно, количество пожилых людей, что вызывает много вопросов. Люди живут дольше, но с более низким качеством жизни. Увеличение числа людей, страдающих хроническими и инвалидизирующими заболеваниями, а также отсутствие долгосрочного ухода создали новые потребности (Sakakibara, Kabayama, & Ito, 2015). Из-за того, что медицинское обслуживание и формальный уход не распространяются такими же темпами, как потребности пожилых людей, то лица, осуществляющие неформальный уход, несут ответственность за обеспечение ухода и поддержки на дому на нескольких уровнях (Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013; Zwaanswijk, Peeters, Beek, Meerveld, & Francke, 2013).

По мнению разных авторов, определение неформального опекуна, хотя и с некоторыми различиями, представляет собой некоторые общие аспекты, касающиеся типа предоставляемой поддержки. В этом смысле неформальный опекун — это член семьи, друг или сосед, который на добровольных началах оказывает поддержку физически, эмоционально, финансово и неформально больному или физически неполноценному человеку (Bove, Zakrisson, Midtgaard, Lomborg, & Overgaard, 2016; Horrel, Stephens, & Breheny, 2015; Vaigankar et al., 2013). Автор Eurocarers упрощает это понятие, определяя его как «лицо, которое оказывает, обычно, неоплачиваемый уход за человеком с хроническим заболеванием, инвалидностью или другими длительными потребностями в здоровье или уходе вне профессиональных или формальных рамок». (Eurocarers, 2021)

В культурном отношении семья, как правило, является первой линией реагирования на вопросы ухода (Vaigankar et al., 2013). В Европе большую часть ухода обеспечивают родственники (Gonçalves-Pereira, & Sampaio, 2011; Jayani & Hurria, 2012; Bruggen et al., 2016; McCabe, You, & Tatangelo, 2016). По данным авторов Thompson и Roger (2014), этот процент составляет от 60 до 80%, а по данным авторов Hawranik и Strain (2007) - от 75 до 90%. Однако глобализация также привела к изменениям в доступности и мотивации ухода, поскольку на этот вопрос повлияли географически рассредоточенные родственники и женщины, работающие вне дома (Horrel et al., 2015).

Что касается социально-демографических характеристик семейных опекунов, то в исследованиях нет единого мнения. Что касается возраста, исследования показывают, что среди лиц, обеспечивающих уход, преобладают люди среднего возраста (Jayani & Hurria, 2012; Silva, Teixeira, Teixeira, & Freitas, 2013). Однако некоторые авторы ссылаются



на увеличение числа лиц, осуществляющих уход, более молодого возраста (Blanton, 2013). Что касается родства с опекаемым, то первое место занимают супруги, сразу за ними следуют дети (Buscemi et al., 2010; Zwaanswijk et al., 2013). У других исследователей соотношение обратное: дети являются основными опекунами, за которыми следуют супруги (Bruggen et al., 2016; Horrell et al., 2015). Что касается половой принадлежности, то исследования показывают, что в качестве основных лиц, осуществляющих уход, преобладают женщины (Buscemi et al., 2010; Roberto & Jarrott, 2008; Silva et al., 2013; Zwaanswijk et al., 2013). По мнению автора Campbell (2010), дочери с большей вероятностью становятся опекунами своих родителей, чем их братья, которые полагаются на своих жен, будучи женатыми, когда выполняют роль опекунов. Хотя в течение долгого времени уход в первую очередь считался «женской работой» (Anderson, 1987), некоторые авторы отмечали растущую роль мужчин как семейных опекунов (Blanton, 2013; Campbell, 2010; Hawranik & Strain, 2007; Roberto & Jarrott, 2008). Лица, осуществляющие уход, представляют собой разнородную группу, и их реакция на уход тесно связана с их возрастом, полом и отношениями с человеком, находящимся в зависимом положении.

1.1.2 Значимость неформальных опекунов?

Неформальные опекуны необходимы, поскольку они гарантируют и обеспечивают большую часть ухода в Европе - 80%. Виды ухода включают в себя личный уход, управление финансами, транспортировку, эмоциональную поддержку и другие аспекты ухода (Bove et al., 2016). Лица, осуществляющие уход, бесценны для общества, поскольку они позволяют человеку, о котором заботятся, дольше оставаться дома, обеспечивая гуманный и достойный уход. Большинство лиц, осуществляющих неформальный уход, обладают обширными практическими знаниями об оказании помощи, полученными в результате общения с различными медицинскими и социальными работниками, которые следует признавать и развивать. Неформальные опекуны имеют решающее значение, поскольку они поддерживают своих близких посредством личного ухода, выполнения домашних дел, оказания эмоциональной поддержки и медицинской помощи. Они выступают в защиту тех, кто получает уход, и не могут или не хотят высказаться в защиту себя.

Неформальные опекуны высоко ценятся с социальной и гуманитарной точки зрения, поскольку большинство неформальных опекунов ухаживают за уязвимыми группами людей, например, людей с ограниченными возможностями, деменцией, хроническими заболеваниями или другими состояниями. Они делают это не из личного интереса, а потому, что в этом уходе нуждаются другие люди. Помимо своего гуманитарного аспекта, неформальный уход представляет собой значительную экономию на расходах на формальный уход. Экономическая ценность такого неоплачиваемого ухода, в процентах от общей стоимости официального долгосрочного ухода в ЕС, колеблется от 50 до 90 % (Eurocarers, 2021). Уход и его влияние на тех, кто выполняет эту роль, и на тех, кто получает уход, затрагивают гражданские, политические и социально-экономические



права (Eurocarers, 2021), что оправдывает значимость неформальных опекунов в нашем обществе.

1.1.3 Различные роли и накопленные знания неформальных опекунов

Процесс ухода может способствовать созданию очень разных мнений и точек зрения. Уход за родственником может иметь положительное или отрицательное влияние на опекуна. Положительные аспекты заботы о ком-то включают в себя чувства привязанности и близости в отношении ухода, а также чувство личного удовлетворения и цели в жизни (Penning & Wu, 2016; Litwin, Stoeckel, & Roll, 2014). Однако, в целом, влияние ухода на лицо, которое его осуществляет, весьма негативное, поскольку уход за человеком с хроническим заболеванием является длительным, требующим больших затрат сил и вызывающим стресс. Следовательно, это может негативно сказаться на психическом здоровье и благополучии лиц, осуществляющих уход (Penning & Wu, 2016).

Несмотря на тип воздействия, положительное или отрицательное, на него может влиять тип родства. По мнению авторов Penning и Wu (2016), хотя уход в целом вызывает стресс, «уход за пожилым родителем кажется особенно стрессовым и, следовательно, оказывает более негативное влияние на психическое здоровье и благополучие получателей ухода, чем уход за старшим супругом или за другим членом семьи». По мнению авторов Jayani и Hurrig (2012) на дочерей больше всего влияет роль ухода. Авторы Bruggen et al. (2016) в своем исследовании с участием 2701 опекунов пришли к выводу, что взрослые дети сталкиваются с большим количеством проблем, с которыми также сложнее справиться.

Несколько аспектов могут помочь предсказать степень ухода, который осуществляется опекунами. Они включают в себя характеристики человека, о котором нужно заботиться, и уровень его зависимости (Roberto & Jarrott, 2008); тип заболевания – в случаях когнитивного заболевания, такого как деменция, негативное воздействие более значимо, чем положительное (Bruggen et al., 2016; Thompson & Roger, 2014; Roberto & Jarrott, 2008); продолжительность ухода и непредсказуемость его течения (Thompson & Roger, 2014; Zwaanswijk et al., 2013), а также прежние отношения с опекуном – процесс ухода, казалось, усугублял ранее существовавшие связи и трудности в семейных отношениях (Blanton, 2013; Кэмпбелл, 2010)

Из предыдущей работы, разработанной в рамках проекта S.IN.CA.L.A, можно констатировать, что в целом взрослые дети воспринимают свою роль опекунов своих родителей как способ отблагодарить их за то, что они сделали для них во время их жизни. Родство находится в центре опыта ухода о своих родителях. Однако в тех случаях, когда отношения между родителями и детьми уже были сложными, восприятие и чувства по поводу роли заботы в основном выражались негативно, на что повлияли ранее существовавшие отношения с родителями. Как упоминалось ранее, тип заболевания также влияет на бремя, которое испытывают лица, осуществляющие уход (Bruggen et al., 2016), и на отношения между членами семьи. В этом смысле, на фоне диагноза «деменция», принятие решения об уходе становится семейным делом. Это может вызвать



проблемы между братьями и сестрами с разным пониманием болезни и потребностей родителей.

В другом исследовании, проведенном Roberto и Jarrott (2008), у жен наблюдается более высокий уровень депрессии и низкое качество социальных взаимодействий. Хотя стать опекуном своего супруга кажется естественным шагом для супругов, мотивированных либо любовью/эмоциональной связью, либо чувством долга/брачной ответственности, они также указывают на трудности и проблемы, связанные с уходом. Уход за супругом требует финансовых и эмоциональных затрат. Постоянное чувство страха и бессилия за безопасность и благополучие супруга кажется большинству опекунов знакомым. Бремя, постоянная усталость, чувство потери партнера и превращения в опекуна, а не в супругу, а также ощущение того, что вы находитесь в заключении, — вот некоторые из негативных и сложных аспектов, упомянутых супругами.

1.1.4 Подготовка к уходу в домашних условиях

Как упоминалось ранее, уход, предоставляемый неформальными опекунами, позволяет лицу, за которым осуществляется уход, дольше оставаться дома. Помощь любимому человеку, стареющему дома, может подразумевать что угодно: от постоянного проживания в доме родителей до ежедневного прихода с тем, чтобы помочь супругу в купании. Что нужно знать лицам, осуществляющим неформальный уход, при подготовке к уходу на дому? Шаги, которые необходимо предпринять, чтобы полностью подготовить дом, будут различаться в зависимости от характера требуемого ухода; однако важно анализировать окружающую среду и определить то, что может стать препятствием или опасностью. Если человек, о котором вы заботитесь, с трудом передвигается или имеет проблемы со зрением или слухом, жизненно важно подумать о том, как сделать дом менее опасным. Например: лица, осуществляющие неформальный уход, могут принять простые меры для предотвращения падения (например, убрать коврики, о которые может споткнуться член вашей семьи, убедиться, что дом хорошо освещен и т. д.).

Изменения конструкций могут потребоваться тогда, когда физические ограничения являются более серьезными, например, установка пандусов для инвалидных колясок или расширение дверных проемов. Уход за больным деменцией может подразумевать и другие особые трудности. Для снижения некоторых рисков, неформальные опекуны также могут рассмотреть возможность установки дистанционных дверных замков и отключения плиты, когда она не используется.

В дополнение к этому, есть несколько рекомендаций, которые каждый неформальный опекун должен учитывать, готовясь позаботиться о своем близком человеке дома:

Неформальные опекуны должны узнать о болезни или инвалидности члена семьи и о том, как ухаживать за ним. Чем больше информации у неформального опекуна, тем больше он сможет адаптировать жилищные условия к потребностям человека, за которым он



ухаживает; быть в состоянии предвидеть определенное поведение или отношение и, следовательно, быть в состоянии снизить уровень тревоги и стресса.

Неформальные опекуны должны поддерживать независимость и автономию членов семьи как можно дольше, вовлекая их в простые повседневные дела.

Крайне важно создать и обновлять список лекарств с указанием названия, дозировки, прописанной врачом, и другой соответствующей информацией (имеющийся документ, который можно брать с собой на прием к врачу), а также следить за тем, чтобы все юридические документы были в порядке.

1.1.5 Удовлетворение потребностей опекунов

Лица, осуществляющие уход, являются важной и центральной частью ухода и участвуют во всем, от принятия медицинских решений (например, выбора лекарств) до эмоциональной поддержки. Несмотря на их важную роль, потребности лиц, осуществляющих уход, часто упускаются из виду в разговоре. На потребности опекунов влияют несколько аспектов, например, родство. Благодаря работе, разработанной в S.IN.CA.L.A, дети с ролью опекуна нуждаются в информации и обучении, поддержке со стороны других родственников и финансовой поддержке. Супруги также особо отмечают необходимость информации о болезни близкого человека и финансовой поддержке. Внуки отмечают необходимость психологической поддержки.

Социально-культурные условия, в котором живут лица, осуществляющие уход, также может влиять на их потребности. Различные условия могут влиять на тип ухода (и того, кто его предоставляет). Например, есть страны, где пациенты и лица, осуществляющие уход, полагаются на сеть хорошо зарекомендовавших себя формальных услуг, таких как дневной уход, уход на дому и учреждения длительного ухода. В других странах, где этих услуг недостаточно или они отсутствуют, родственники берут на себя основную ответственность за обеспечение ухода. Все это, следовательно, повлияет на потребности лиц, осуществляющих уход. В литературе отражено, что потребности лиц, осуществляющих уход, могут варьироваться от получения информации о процессе заболевания, ресурсах поддерживающей медицинской помощи и доступа к услугам здравоохранения (развитые страны) до потребностей, в большей степени связанных с проведением мероприятий по инструментальной поддержке, боязнью непредоставления надлежащего ухода, моделью семейных отношений, отсутствием информации о состоянии здоровья, полной приверженностью лечению, финансовыми расходами и многим другим (развивающиеся страны) (Bierhals, Santos, Fengler, Raubustt, Forbes, & Paskulin, 2017).

Состояние лица, получающего уход, оказывает значительное влияние на потребности лиц, осуществляющих уход. Например, уход за близким человеком с деменцией может быть обременительным, и многие лица, осуществляющие уход, страдают от снижения качества жизни, ограничения социальной активности и поддержки, депрессии и



беспокойства (Queluz, Kervin, Wozney, Fancey, McGrath, & Keefe, 2019; Laks, Goren, Dueñas, Novick, & Kahle-Wroblewski, 2016; Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014; Sørensen & Conwell, 2011). При сравнении лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией, с другими лицами, осуществляющими уход, у первых было значительно худшее субъективное самочувствие и физическое здоровье (Queluz et al., 2019; Pinto & Barham, 2014). В этом смысле наиболее часто упоминаемая потребность лиц, осуществляющих уход за больным деменцией, связана со здоровьем лиц, осуществляющих уход, особенно с их эмоциональным здоровьем (Queluz et al., 2019).

Хотя на потребности лиц, осуществляющих уход, влияют несколько различных аспектов, они, как правило, связаны с эмоциональным здоровьем лиц, осуществляющих уход, формальной или неформальной помощью, полученной от других, и информацией о заболевании/состоянии лица, получающего уход. Широкий спектр потребностей и сложные условия ухода подчеркивают важность понимания и оценки уникальных потребностей лиц, осуществляющих уход. В этом смысле больше информации имеет решающее значение. Информация может охватывать различные аспекты: уход за собой, управление отношениями с другими людьми, участвующими в уходе, социальные взаимодействия (общение, сочувствие и т. д.) и общую информацию (эволюция и последствия заболевания, доступная социальная поддержка и т. д.).

1.2 Испытания и трудности для неформальных опекунов

1.2.1 Эмоции, которые испытывают опекуны

Как упоминалось в предыдущем разделе, лица, обеспечивающие неформальный уход, — это лица, обычно члены семьи, оказывающие неоплачиваемый уход и поддержку близким, страдающим хроническими заболеваниями или столкнувшимися с проблемами в конце жизни (Milligan, 2017). Требования по уходу различаются от одной семьи к другой, поскольку они зависят от состояния здоровья человека, нуждающегося в помощи. Интенсивность ухода зависит от тяжести заболевания и от того, насколько далеко продвинулось состояние близкого человека в континууме болезни (Университет Симмонса, 2016). Более того, неформальный уход включает в себя два аспекта (Thomas et al., 2002). Первый аспект заключается в материальном измерении, который связан с физическим трудом при осуществлении ухода. Второй аспект — это эмоциональная сторона, связанный с аффективными аспектами ухода. Исследования свидетельствуют о значительной эмоциональной вовлеченности в заботливые отношения между неформальными опекунами и человеком, о котором заботятся, а также о том, что неформальные опекуны более склонны к психопатологии, чем другие люди, из-за своей роли обеспечения ухода (Milligan, 2005).

Что касается физического труда, то лица, осуществляющие неформальный уход, обычно сталкиваются с последствиями, выполняя задачи по уходу, за которые они несут ответственность (Day & Anderson, 2011). Им приходится справляться со значительными нагрузками, связанными с уходом, в результате чего они чувствуют себя измотанными.



Этот уровень усталости может стать причиной значительного физического истощения, которое обусловлено различными системными проявлениями, включая бессонницу, усталость или изменения веса.

Основные эмоциональные проблемы, с которыми пожилые люди и лица, осуществляющие неформальный уход за ними, сталкиваются в начале, и которые необходимо решать, — это неуверенность в будущем, внезапное возникновение проблем, изменение роли в отношениях и дома, а также приспособление к жизненным изменениям в связи с ситуацией ухода (Bom, Bakx, Schut, & van Doorslaer, 2019). На этом этапе ухода лица, его осуществляющие, обычно испытывают отрицание и испытывают трудности с принятием ситуации, которая может восприниматься как угрожающая и опасная. Более того, проблемы со здоровьем в более позднем возрасте могут привести к смерти, глубокому нарушению функций, потенциальным травмам и госпитализации, а изменение жизненных перспектив пожилых людей может вызвать страх, тревогу и крайний эмоциональный стресс как у получателей помощи, так и у опекунов. Исследования пациентов, перенесших инсульт, показали, что значительные эмоциональные расстройства в виде депрессии, тревоги, шока и посттравматических симптомов широко распространены и остаются хроническими как у пациентов, так и у лиц, осуществляющих неформальный уход (McCurley et al., 2019).

Лица, осуществляющие уход, обычно сообщают, что профессиональные услуги направлены на удовлетворение потребностей пожилых людей, а не лиц, осуществляющих уход, и что они чувствуют себя брошенными системой здравоохранения (Milligan, 2005). Такая ситуация приводит к возникновению чувства гнева, разочарования, обиды и печали. Кроме того, тот факт, что неформальные опекуны обращаются за помощью к профессиональным службам здравоохранения, может вызвать чувство вины, предательства, горя и неудачи из-за их неспособности продолжать обеспечивать надлежащий уход за пожилыми людьми дома. Чувство вины и раскаяния также может возникать, когда лица, осуществляющие неформальный уход, испытывают эмоции беспомощности, безнадежности, апатии или неспособности к сопереживанию. Эти условия могут привести к низкой удовлетворенности жизнью и снижению качества жизни, влияя на многие аспекты жизни. В частности, увеличение количества ошибок на работе и снижение удовлетворенности работой из-за требований ухода могут привести к чувству гнева и разочарования (Milligan, 2005).

Неформальные опекуны часто испытывают чувство гнева и разочарования. Они часто неохотно делятся своими чувствами с другими, опасаясь, что их сочтут «неблагонадежными», если, например, они жалуются на свою загруженность работой и говорят, что не могут больше терпеть человека, нуждающегося в помощи (Milligan, 2005). Помимо неспособности свободно выражать свои эмоции, лица, осуществляющие неформальный уход, часто сталкиваются с социальной изоляцией. Во-первых, они тратят большую часть своего времени на заботу о человеке, нуждающемся в уходе, и поэтому у них остается мало времени для развития социальных отношений. Во-вторых, друзья и семья неформальных опекунов могут не понимать ситуацию, поскольку они никогда не



были в их положении. Вследствие этого недопонимания они могут изолировать неформального опекуна. Это оставляет неформальных опекунов в одиночестве в то время, когда они больше всего нуждаются в семейных и дружеских связях, поскольку это может оказать им эмоциональную поддержку, необходимую им для укрепления их решимости и способности продолжать уход (Milligan, 2005). Также это сказывается на отношениях с получателями помощи. Некоторые лица, осуществляющие уход, отмечают, что они часто подвергаются разочарованию и гневу со стороны получателей помощи, что приводит к конфликту между ними и человеком, о котором заботятся (Price, Surr, Gough, & Ashley, 2020).

Стоит отметить, что авторы Harding и Higginson (2001) обнаружили высокий уровень амбивалентности среди опекунов. Амбивалентность определяется как одновременное влечение к действию и отталкивание от него, что мешает людям, которые его испытывают, принимать решения и действовать. Молодые опекуны сообщали о большой двойственности выбора между уходом и другими социальными и профессиональными видами деятельности. Таким образом, любое вмешательство для лиц, осуществляющих уход, должно учитывать двойственность их неудовлетворенных потребностей (Harding & Higginson, 2001) и то, как это может превратиться в процесс ухода и поддержки, который выполняется для человека, о котором они заботятся.

Благополучие неформального опекуна имеет решающее значение, если за пациентами необходимо ухаживать дома (Lee, Brennan, & Daly, 2001). Некоторые лица, осуществляющие уход, подтверждают положительные эмоции и развитие от своих действий по уходу, таких как гордость, расширенное обучение и большее сочувствие. В частности, некоторые лица, осуществляющие уход, выражают гордость и благодарность за то, что могут отблагодарить своих близких. Кроме того, неформальные опекуны чувствуют себя в безопасности, пока они несут ответственность за уход за своими близкими. Это связано с тем, что домашняя атмосфера порождает чувство безопасности, любви и заботы, а также чувства тепла и вовлеченности, возникающие в результате взаимоотношений между неформальными опекунами и получателями помощи. Также отмечается, что позитивное отношение к уходу помогло им пережить трудные периоды; эта роль заставляла их чувствовать себя ценными и была источником личных достижений и радости. Способность опекунов находить положительный смысл в своем опыте по уходу, например, приспособление к стрессовым нагрузкам, ассоциировалась с более высоким качеством жизни опекуна. Посредством этого процесса неформальные опекуны также могут развивать эмпатию и области психосоциальной устойчивости, например, внимательность, способность справляться с трудностями, тесная связь, а также уверенность в себе (Shaffer, Riklin, Jacobs, Rosand, & Vrancecau, 2016).

1.2.2 Стресс, истощение, бремя и выгорание: признаки и восприимчивость

Уход за кем-то дома может быть очень сложным и требовательным. Часто оказываемый уход превышает физические и умственные способности лиц, осуществляющих уход, что



приводит к ситуации хронического стресса, называемой в литературе бременем лиц, осуществляющих уход (Zarit, 2002). Стресс и истощение являются повседневными ситуациями среди неформальных опекунов, и было обнаружено, что эмоциональное истощение тесно связано с деперсонализацией, тревогой и депрессивными симптомами. Поэтому крайне важно научиться распознавать признаки стресса у опекуна, чтобы избежать высокого уровня истощения. Так как же опекун достигает точки истощения? Это может быть связано с тенденцией неформального опекуна не просить о помощи или пытаться сделать больше, чем он способен, поскольку он чувствует себя подавленным своим опытом ухода и испытывает недостаток в физической, умственной, эмоциональной или финансовой поддержке (Pathak, 2020). Так, из-за количества внимания, уделяемого человеку, нуждающемуся в уходе, может возникнуть стойкое отсутствие заботы о себе. Помимо этого, другие факторы могут привести к истощению опекуна. Например, опекунам может быть трудно отделить свою роль опекуна от роли супруга, ребенка или друга.

Кроме того, опекуны могут питать надежду и верить, что их забота положительно повлияет на здоровье и благополучие человека, за которым они ухаживают. Однако это может быть нереалистичным, например, для пациентов с прогрессирующим заболеванием, таким как болезнь Паркинсона или болезнь Альцгеймера. Лицо, осуществляющее уход, может расстроиться из-за нехватки денег, ресурсов и навыков, чтобы должным образом управлять уходом за своим близким, или может взять на себя слишком много, отчасти потому, что считает уход своей единственной трудовой деятельностью (Pathak, 2020).

Неформальные опекуны часто также являются штатными работниками (или студентами, если они молодые опекуны). Воспитание детей и оказание финансовой поддержки своим семьям усложняет уход на нескольких уровнях. Баланс между этими обязанностями может серьезно повлиять на состояние здоровья лиц, осуществляющих неформальный уход (Souza Alves et al., 2019). Уход может повысить уровень стресса до такой степени, что он достигает так называемого «выгорания опекуна», а именно состояния эмоционального, умственного и физического истощения, при котором страдают как неформальный опекун, так и человек, за которым он ухаживает (Smith, 2020). Выгорание иногда может восприниматься как чувство чрезмерной усталости или истощения. Тем не менее, проблему усталости часто можно решить, сделав перерыв, немного подольше поспав или попытавшись расслабиться посредством активного отдыха, в то время как состояние выгорания не так просто облегчить (Caring, N.A.). В США опекуны входят в тройку групп в стране, наиболее подверженных стрессу: у 70 % опекунов проявляются признаки депрессии, что является очень высоким показателем по сравнению с лицами, не являющимися неформальными опекунами (Caring, N.A.). В этой связи люди, которые испытывают выгорание в результате осуществления ухода, как правило, сталкиваются с всеобъемлющей усталостью, которая влияет на многие сферы их жизни. Выгорание может произойти из-за того, что неформальные опекуны часто настолько сосредоточены на потребностях человека, получающего уход, что могут пренебречь собственным здоровьем и благополучием.



Выгорание может привести к изменению отношения опекуна с позитивного и заботливого на негативное и безразличное. Лица, осуществляющие уход, начинают испытывать усталость, стресс, тревогу, депрессию и даже чувство вины, если понимают, что тратят время на себя, а не на своих больных или пожилых близких (Pathak, 2020). Когда эти признаки не учитываются, а неформальные опекуны не обращаются за помощью, они в конечном итоге достигают эмоционального выгорания, которое также имеет свои признаки и симптомы (Souza Alves et al., 2019). Например, у опекунов становится гораздо меньше энергии, чем раньше; они постоянно утомлены, даже после сна или перерыва, а также они пренебрегают своими собственными потребностями, потому что они слишком заняты или им все равно. Хотя их жизнь сконцентрирована на уходе, это не приносит им большого удовлетворения, и им трудно расслабиться, даже когда помощь доступна. Они могут становиться все более нетерпеливыми и раздражительными по отношению к человеку, о котором заботятся, и, наконец, чувствовать себя беспомощными и безнадежными (Smith, 2020). Более того, эмоциональное и физическое истощение лиц, осуществляющих уход, провоцирует желание причинить вред себе или человеку, за которым они ухаживают (Pathak, 2020).

Неформальные опекуны могут начать отдаляться от друзей и семьи, испытывать потерю интереса к занятиям, которые им раньше нравились, изменения аппетита, веса или того и другого, а также изменения режима сна. Видимый признак выгорания — это значительное изменение веса. Они могут сильно похудеть, часто из-за нехватки времени для обеспечения себя полноценным питанием, но также из-за чувства беспокойства, которое имеет тенденцию снижать их аппетит. С другой стороны, они также могут набрать вес, поскольку они начинают употреблять в пищу вредные продукты, не пережевывая пищу должным образом, и постоянно делать перекусы, пытаясь справиться с накопившимся стрессом. Они также склонны чаще болеть, страдая от хронических болей в спине или шее или повышения кровяного давления. Психический и эмоциональный стресс снижает иммунитет и может привести к физическим расстройствам, которые проявляются чаще, настойчивее или сильнее, чем обычно.

Если лица, осуществляющие уход, осознают, что они могут заплакать или почувствовать отчаяние в любой момент или чаще обычного, то это может быть еще одним предупреждающим знаком, особенно если учесть, что для них существует риск развития депрессии (Caring, N.A.). Еще одним симптомом выгорания являются проблемы со сном у лиц, осуществляющих уход. Уход может быть физически утомительным, и поэтому мы могли бы предполагать, что люди, осуществляющие уход, будут засыпать, как только их голова коснется подушки, но эмоциональная нагрузка, связанная с их работой, вместо этого может привести к бессонным ночам, что может превратиться в замкнутый круг.

Что касается социальной жизни опекунов, достигших состояния выгорания, они начинают социально изолировать себя, видя в течение дня только тех, за кем они ухаживают (Caring, N.A.). Они могут сделать это, если изменения в поведении получателя помощи заставляют их чувствовать себя смущенными или чувствовать, что они не могут найти время, чтобы пойти куда-нибудь, поскольку они тратят все свое время и энергию на



оказание помощи. В то же время опекуны могут начать получать жалобы от других членов семьи, которые также могут начать выражать беспокойство по поводу их благополучия. Опекуны часто берут на себя все бремя забот, не прося о помощи. Конечно, это только ухудшает положение дел, так как увеличивает общий стресс из-за такой ситуации.

Стоит отметить, что процесс обеспечения ухода связан со стрессом, выгоранием, бременем ухода, ограниченными действиями, страхом, незащищенностью, одиночеством, лицом к лицу со смертью и отсутствием поддержки (Leite et al., 2017). Этот процесс ставит опекуна в условия биологической и психологической уязвимости, в то время как пожилой человек уже находится в уязвимом положении. Уязвимость рассматривается как их восприимчивость к физическим и эмоциональным стрессам, возникающим в результате их деятельности по уходу в определенных местах. Два фактора, которые неформальные опекуны описывают как создающие их уязвимость, - это нахождение в незнакомой среде и проблемы со здоровьем у пожилых людей из-за преклонного возраста.

1.2.3 Защитные факторы и стратегии преодоления для лица, осуществляющего уход

В связи с этим социальные работники, политики, спонсоры и группы защиты интересов должны уделять первоочередное внимание разработке и внедрению защитных методов и среды с высокой эффективностью. В частности, следует приложить усилия для повышения индивидуальной и семейной устойчивости, чего можно добиться с помощью различных процессов. *Устойчивость* — это относительная сопротивляемость невзгодам или риску, которая считается необходимой для достижения благополучия в более позднем возрасте. Она формируется социально-экономической, психосоциальной и социальной поддержкой, а также культурными обстоятельствами. К этим обстоятельствам, или, другими словами, к защитным факторам, часто относят как внутренние качества, например, самоуважение и уверенность в себе, так и внешние ресурсы, такие как социальная поддержка и финансовые ресурсы. Ухаживая за пожилыми людьми и оказывая им поддержку, неформальные опекуны могут сыграть важную роль в обеспечении своей устойчивости. В частности, устойчивость может быть достигнута, когда неформальный опекун получает материальную и эмоциональную поддержку от расширенной семьи и общества, а пожилой человек сохраняет самоэффективность и участие всей семьи в соответствующих жизненных ролях на жизненном этапе. Неформальные опекуны должны справляться с невзгодами и трудностями и преодолевать их, чтобы добиться более положительных результатов в семье (Leite et al., 2017).

Исследование ухода, который осуществлялся неформальными опекунами, в Гане (Agyemang-Duah, Abdullah, Mensah, Arthur-Holmes, & Addai, 2020) показало, что сильное чувство устойчивости может быть достигнуто с помощью личных ресурсов и ресурсов окружающей среды. Точнее говоря, личностные и социальные характеристики являются источником поддержки во время дистресса, уязвимости и бремени. Расширенная семья,



церковная община и соседи помогают развивать духовность и стойкость, что может дать силу, поддержку и утешение пожилому человеку и лицу, осуществляющему уход. Результаты исследования показывают, что опекуны считали, что уход за пожилыми людьми — это призыв от Бога, который будет вознагражден, и что помощь пожилым людям приводит к развитию психологической стойкости, чтобы противостоять негативным мыслям о том, чтобы отказаться от своих обязанностей по уходу. Из этого следует, что отсутствие альтернативных лиц, осуществляющих уход, побудило опекунов принять на себя их роль по уходу (Agyemang-Duah et al., 2020).

Как упоминалось ранее, уход, как известно, сказывается на благополучии неформальных опекунов, и связан с повышенным уровнем депрессии и тревоги, ухудшением самочувствия, ухудшением иммунной функции и повышенной смертностью (Dharmawardene, Givens, Wachholtz, Makowski, & Tjia, 2016). Для того чтобы преодолеть сложный путь осуществления ухода, опекунам нужна информация о механизмах поддержки, предоставлении услуг и вариантах лечения (Dharmawardene et al., 2016). Несмотря на то, что профессиональной поддержки опекунов недостаточно в неформальном уходе, стоит отметить, что поставщики медицинских услуг должны обучать неформальных опекунов, чтобы дать им базовые знания о том, как предоставлять определенные услуги, которые важны для благополучия пожилых людей. Кроме того, профессиональные лица, осуществляющие уход, могут увеличить объем знаний лиц, осуществляющих неформальный уход, о процессе старения, ухода и жестокого обращения с пожилыми людьми, способствовать выражению чувств по поводу ухода и улучшить навыки преодоления трудностей и стратегии ухода.

Согласно обзору (Kamalpour et al., 2020), существует два основных потенциальных преимущества онлайн-сообществ специалистов здравоохранения для лиц, осуществляющих неформальный уход, которые могут поддерживать устойчивость пожилых людей. Первое преимущество онлайн-сообществ специалистов здравоохранения основано на идее обмена лицами, осуществляющими уход, и получения социальной поддержки, включая обмен знаниями и опытом, значимые и альтруистические действия, эмоциональную поддержку, а также материальную и нематериальную финансовую поддержку. Это связано с представлением о том, что онлайн-сообщества специалистов здравоохранения могут поддерживать лиц, осуществляющих уход, предоставляя им информационную, эмоциональную и финансовую поддержку и позволяя им участвовать в благотворительной деятельности. Второе преимущество основано на самоутверждении и расширении моральных возможностей лиц, осуществляющих уход, включая расширение прав и возможностей и улучшение самочувствия лиц, осуществляющих уход. Он основан на представлении о том, что, участвуя в онлайн-сообществах специалистов здравоохранения, лица, осуществляющие уход, становятся сильнее и увереннее в процессе осуществления ухода. У них может быть меньше переживаний, стресса и эмоциональных потрясений, поскольку обмен знаниями в этих сообществах может положительно повлиять на благополучие лиц, осуществляющих уход, ослабляя неблагоприятные последствия, возникающие в процессе ухода (Kamalpour et al., 2020).



Что касается связи между потенциальными преимуществами онлайн-сообществ специалистов здравоохранения для неформальных опекунов и устойчивостью пожилых людей, мы принимаем во внимание девять факторов устойчивости среди пожилых людей, которые были предложены в систематическом обзоре, проведенном Bolton, Praetorius, и Smith-Osborne. (цитируется по Kamalpour et al., 2020). Факторы устойчивости — это характеристики окружающей среды и личности, связанные с положительными результатами борьбы против неблагоприятных факторов. Преимущества онлайн-сообществ специалистов здравоохранения играют важную роль в таких факторах устойчивости, как внешние связи, которые могут обеспечить социальную поддержку и доступ к капиталу, а также расширить возможности пожилых людей за счет повышения их самооценки. Другими факторами устойчивости, которые могут поощряться онлайн-сообществами специалистов здравоохранения, являются забота о своем физическом и психическом здоровье. Полезные виды деятельности и ресурсы включают в себя сохранение здоровья и активности, доступность медицинских и социальных услуг, доступ к уходу, любопытство и альтруизм посредством защиты интересов, волонтерской работы и творческого потенциала. Все это помогает пожилым людям быть более стойкими и самостоятельными, что связано с контролем выбора и поведения. Не было обнаружено связи с другими факторами устойчивости, такими как осмысленность, упорство, позитивный взгляд на жизнь, предыдущий опыт трудностей и самопринятие, поскольку эти факторы в основном являются внутренними, а не внешними (Kamalpour et al., 2020).

Потребности неформальных опекунов, безусловно, являются значительными и требуют большого внимания. Неформальные опекуны могут разработать несколько стратегий преодоления и облегчения требований по уходу и удовлетворения своих собственных потребностей.

Забота о себе имеет фундаментальное значение для неформальных опекунов. Эксперты рекомендуют методы снижения стресса, такие как достаточный отдых и сбалансированное питание, а также беззаботный отдых и внимание к потребностям оздоровления. Увеличивая свободное время и собственные желания и потребности, опекуны также заботятся о своей идентичности и тем самым отвечают на вопрос о смысле или цели жизни (Simmons University, 2016).

Сохранение интересов, не связанных с уходом и посвящением времени посещениям мест и друзей, удовлетворяет их потребность в контакте и общении с другими людьми, а также в занятиях другими делами, чтобы расслабиться и восстановить силы для выполнения предстоящей задачи. Продолжение деятельности лица, осуществляющего уход, например, социальные контакты и хобби, усилия по сохранению контроля над своим участием в уходе за пациентом, удовлетворенность помощью, которую они предлагают получателю помощи, и положительные чувства по поводу заботы могут снизить чувство уязвимости.

Трудовая деятельность также не должна быть связана с уходом, поскольку это деятельность, которая составляет потребность человека. Люди используют ее для формирования личной идентичности и организации своей повседневной жизни. Работая,



взрослые люди чувствуют себя полезными, общаются с другими людьми и увеличивают свой социальный капитал. Трудовая деятельность также приносит финансовую независимость лицу, осуществляющему уход. Трудовая деятельность побуждает людей быть активными в обществе.

Регулярная физическая активность также может улучшить их социальную сеть и психическое здоровье (von Känel et al., 2011; Paluska & Schwenk, 2000). В случае, если они не привыкли к физической активности, они могут начать с прогулки по городу. Ходьба стимулирует кровоток и доставляет кислород к клеткам. Рекомендуемая ежедневная физическая активность для взрослых составляет не менее 30 минут в день.

Группы поддержки для неформальных опекунов пожилых людей могут удовлетворить потребность во включении и приверженности, которая вытекает из потребности в интеграции. Неформальные опекуны часто сталкиваются с социальным отторжением, изоляцией и отчуждением, когда ухаживают за человеком с хроническим заболеванием. Эти группы предоставляют лицам, осуществляющим уход, платформы для обмена навыками и обмена стратегиями преодоления трудностей и ухода за собой, снижения изоляции путем вовлечения опекунов в социальную деятельность, а также предлагают психосоциальную поддержку и навыки решения проблем. Группы поддержки, предназначенные для родственников, ухаживающих за пожилыми людьми, также помогают, демонстрируя чувство вины, стыда и гнева (Proot et al., 2003).

Еще один хороший способ для неформальных опекунов облегчить бремя и обрести баланс в своей жизни — это изменить свое отношение к этому. Например, вместо того чтобы спрашивать себя, почему они оказались в такой ситуации, было бы неплохо попробовать попрактиковаться в принятии обстоятельств (Smith, 2020). Если они заботятся о человеке, нуждающемся в помощи, то должна быть причина, которая отличается от простой нужды или необходимости. Опекунам лучше сосредоточиться на своем выборе осуществления ухода, а не жалеть себя или искать виноватых. Точно так же опекуны могут попытаться сосредоточиться на положительных аспектах ухода, таких как более прочная связь с любимым человеком или на фактах, о которых они узнали на этом пути, и сохранить чувство юмора (Smith, 2020).

Для опекунов может быть полезно сосредоточиться только на том, что они имеют прямой контроль, а также отмечать маленькие победы, связанные с их опытом ухода, например, просто заставляя их чувствовать себя любимыми и в безопасности. Без любви не могут существовать все остальные потребности. В то же время любовь сближает неформальных опекунов и людей с хроническими заболеваниями. Любовь также объединяет людей, которые помогают друг другу в трудных ситуациях.

Обращение за помощью и утешением к экспертам может иметь решающее значение, поскольку каждому человеку нужна безопасная и теплая среда, в которой его принимают. Неформальные опекуны нуждаются в утешении, когда их страдания превышают предел, поскольку их часто неправильно понимают из-за незнания ситуации в их собственной семье.



Развитие эмоционального интеллекта также может быть полезным, поскольку расширенные знания и осведомленность о стратегиях борьбы с эмоциями могут помочь неформальным опекунам. Цель состоит в том, чтобы получить больший контроль над тем, что вызывает эмоции и как на них реагировать. Первый шаг к эмоциональному осознанию — это научиться идентифицировать и описывать чувства и их источник.

Медитативные вмешательства все чаще используются для снижения стресса и улучшения самочувствия среди людей с повышенной уязвимостью. Такие вмешательства могут включать в себя ряд методик, в том числе открытое осознание, медитацию, осознанность и основанные на традициях и мантрах интегративного движения тела, такие как йога или тайцзи. Такие программы прошли испытания на опекунах и научили их, как справляться со стрессом, болью и болезнями, уделяя ежеминутное внимание аспектам повседневной жизни преднамеренным, непредвзятым и нереактивным способом. У неформальных опекунов наблюдалось значительное улучшение настроения в отношении депрессии и беспокойства, стресса, истощения и бремени лиц, осуществляющих уход (Dharmawardene et al., 2016).

1.2.4 Насилие над опекунами со стороны пожилых людей

Процесс старения также может привести к новым изменениям в поведении пожилых людей. Некоторые неформальные опекуны сообщают о внезапных изменениях в поведении получателей помощи или родственников. Пожилой человек может стать психически или физически агрессивным по отношению к неформальному опекуну из-за болезней, влияющих на когнитивные способности, таких как деменция. Часто неформальные опекуны сообщают о «потери» человека, который был нормальным до постановки диагноза. Лицам, осуществляющим уход, сложно иметь дело с человеком, который проявляет к ним насилие из-за слабоумия или другого хронического заболевания. Некоторые родственники сообщают, что люди с деменцией постоянно оскорбляют их. Бывает и так, что пожилой человек физически бьет сиделку ночью, когда находится в бредовом состоянии. Люди могут ежедневно физически нападать на своих неформальных опекунов. Неформальному опекуну может быть трудно справиться с этим.

Во многих случаях неформальные опекуны сообщают, что они могут слышать оскорбления, но не могут терпеть физическое насилие. В случае, если у пожилого человека не диагностирована деменция, рекомендуется, чтобы того, кто совершает насилие в отношении лица, осуществляющего уход, отвели к личному врачу, который проведет тест на деменцию или другое заболевание. Опекун также может справиться с насилием, определяя факторы, вызывающие агрессивное поведение у получателя помощи, и стараясь их предвидеть.

Изменения личности могут быть очень выражены у людей с деменцией. Они могут внезапно расстраиваться или даже проявлять агрессию при контакте с незнакомцами, при выполнении задач, с которыми они не справляются, или при быстром изменении окружающей среды. Родственникам необходимо быть готовыми к возможным вспышкам



насилия у человека с деменцией. Мы можем предотвратить неприятные и трудные ситуации с помощью приемов коммуникации, позволяющих отвлечь внимание пациента с деменцией на что-нибудь другое. Отвлекая внимание, например, на другую задачу или тему разговора, мы можем предотвратить внезапный всплеск эмоций. Необходимо определять различие между тревожным возбуждением и насилием. *Тревожное возбуждение* представляет собой психомоторное беспокойство, психологическое и физическое возбуждение и психомоторное возбуждение. Это состояние выраженного психического возбуждения с сопутствующей психомоторной активностью. Обычно проявляется психомоторной и вербальной гиперактивностью с оскорблениями, угрозами, криками, физическим насилием. Оно может варьироваться от легкого беспокойства до крайнего возбуждения с бессмысленными психомоторными действиями. Существует высокий риск того, что в состоянии агрессии человек с деменцией проявит физическую агрессию и причинит вред себе, лицу, осуществляющему уход, или медицинскому персоналу. Хотя границы часто неясны, возбужденного пациента не следует путать с буйным пациентом. Насилие, которое не является результатом медицинского состояния, рассматривается на законных основаниях, и возбужденный пациент должен проходить лечение у врача.

1.3 Навыки опекунов

1.3.1 Оценка и поиск ресурсов

Рекомендуется, чтобы неформальный опекун вместе с профессиональным специалистом участвовал в поиске и оценке потребностей и услуг в процессе оказания помощи. С помощью метода экспресс-оценки потребностей и услуг мы можем получить достаточно информации о проблеме или дистрессе, которые испытывает неформальный опекун, и определить источники его силы. Источники силы — это ресурсы, которые придают силы опекуну и воодушевляют его в трудные времена. С помощью важного понятия, которое в совместных беседах называется наделением полномочиями, мы ищем исключения и уникальные ресурсы в сообществе.

1.3.2 Развитие коммуникативных навыков, креативности и тайм-менеджмента у опекунов

Разговор состоит из начала, основной части и завершения. Для людей с деменцией все три фазы разговора сложны. Неформальный опекун может определить, какой метод общения с получателем помощи наиболее эффективен. Опекун должно быть очень творческим и находчивым в разговоре с человеком с хроническим заболеванием или деменцией. В межличностном общении с пожилыми людьми полезно, чтобы опекун хорошо знал человека и мог предвидеть или предвосхищать его поведение. Когда опекун разговаривает с человеком, страдающим деменцией, он не должен поправлять или критиковать его, так как это может спровоцировать у человека беспокойство, гнев или чувство беспомощности.



Опекун также может улучшить коммуникативные навыки, если он или она активно участвует в группе самоподдержки, организованной профессионалами, чтобы поделиться опытом других людей с аналогичным жизненным опытом (Machiels et al., 2017). При общении опекун должен быть терпеливым и давать людям время, чтобы войти в контакт с самими собой. Это может помочь выбрать подходящее безопасное место для разговора. Опекун должен говорить как можно четче, громче и медленнее. Своим присутствием и выбором способов общения неформальный опекун главным образом заботится о том, как он/она будет влиять на получателя помощи. Неформальному опекуну рекомендуется проявлять сочувствие и успокаивать. Опекуны могут использовать короткие и простые предложения, и определенные существительные и глаголы, чтобы избежать абстрактных понятий, и только для одной (положительной) темы разговора. Они также могут использовать в разговоре музыку и различные творческие приемы (Deshmukh et al., 2018).

Однако большую часть общения занимает невербальная коммуникация. Опекун устанавливает зрительный контакт с получателем помощи лицом к лицу. Рукопожатие, объятие и физическая близость в целом важны для людей, получающих помощь, поскольку они часто чувствуют себя растерянными, беспомощными и неспособными выразить свои чувства.

1.3.3 Ассертивность

Ассертивность — это необходимое качество, необходимое для того, чтобы жить в гармонии с другими. Это позволяет нам уважительно выражать наши мнения, чувства и потребности. Для опекунов еще более важно быть ассертивным. Обучение ассертивности и эмоциональному выражению развивает коммуникативные навыки и может значительно способствовать личностному росту человека. Позитивное общение является важным ключом к счастливой жизни. Люди меняют свое поведение и общение в соответствии со своим прошлым жизненным опытом ситуации, статусом собеседника и собственными ощущениями в той или иной ситуации. Однако важно знать, что люди стремятся быть понятыми и принятыми в обществе.

Эксперты сообщают о четырех способах общения: агрессивном, пассивном, манипулятивном и позитивном. Ассертивность — это способ поведения, мышления и общения, при котором мы выражаем свои потребности, эмоции, желания и мнения ясно и решительно, вербально и физически, подчеркивая уважительное отношение. Позитивное общение означает безопасное и уважительное общение. Для опекунов позитивное общение является необходимым умением, поскольку оно вытекает из позиции надежной привязанности: «Я в порядке, ты в порядке». Ассертивное поведение основано на уважении к собеседнику и собственным потребностям. Ассертивные отношения между неформальным опекуном и пожилым человеком — это уважительные отношения, когда оба могут безопасно выразить свои чувства и мнения.



В позитивном общении мы идем на компромиссы, принимаем комплименты, ищем новые возможные решения, используем соответствующий язык тела и берем на себя ответственность за свое поведение и мысли. Быть ассертивным означает верить в свои способности принимать решения, ясно выражать свои мысли и чувства в разговоре с другими людьми и брать на себя ответственность за свое поведение.

Неформальные опекуны могут использовать способы позитивного общения в разговоре с пожилым человеком. Если неформальный опекун не согласен с просьбой пожилого человека, он может твердо и уважительно сказать «нет». Рекомендуем говорить от первого лица единственного числа и выражать свои внутренние ощущения «Я считаю...». В позитивном общении мы терпимы друг к другу. Наши мнения равны, и никто не считается менее важным в общении. Мы можем использовать выражения, свойственные ассертивности, например, «Нет, спасибо», «Я подумаю об этом» и «Мне может понадобиться ваша помощь». При ассертивном поведении мы принимаем как свои положительные, так и отрицательные качества и пытаемся улучшить свое поведение. Мы принимаем похвалу других людей и также благодарим их за нее.

1.3.4 Как помочь человеку с болезнью Альцгеймера и/или деменцией

Справиться с хроническим заболеванием непросто. Жизнь с деменцией меняет не только жизнь тех, у кого диагностирована деменция, но и жизнь членов его/ее семьи. Вот почему крайне важно начать рабочий разговор и поговорить с членами семьи о том, как реорганизовать жизнь, чтобы учитывались потребности и пожелания всех, кто участвует в оказании помощи. Мы можем помочь человеку с деменцией, составив с ним личный план. Это может быть документ, который охватывает цели и желания человека, у которого диагностировано заболевание. В личном плане мы не только фиксируем вопрос о состоянии здоровья человека с деменцией, но также фиксируем и оцениваем цели и желания человека в жизни. Например, «Что он хочет испытать?». При написании личного плана человек является главным героем своей истории. Более того, он участвует во всех фазах рабочего разговора. Личный план также может быть инструментом для планирования услуг по уходу за собой. Это хорошая отправная точка для начала разговора между членами семьи о деменции, об их ожиданиях, дилеммах и страданиях.

Мы также можем помочь человеку с деменцией:

- Сфокусировать внимание на человеке, а не на болезни.
- Стараться поддерживать хорошие отношения друг с другом.
- Быть максимально терпеливыми и креативными в наших отношениях с человеком с деменцией.
- Верить в способности, которые все еще есть у человека с деменцией. Мы позволяем человеку с деменцией делать то, на что у него еще есть силы, способности и энергия.



- Рассказывать родственникам, друзьям и соседям о болезни. Это снижает клеймо деменции и информирует близких о течении болезни. Таким образом, соседи могут помочь нам следить за состоянием человека с деменцией.
- Лучше понимать разговор, используя короткие предложения, повторяя информацию и обращая внимание на нашу невербальную коммуникацию.
- Чувствовать себя понятым, потратив время на то, чтобы хорошо их узнать.

1.3.5 Другие потребности, указанные человеком с болезнью Альцгеймера и/или деменцией.

Люди с деменцией заявляют, что им необходимо (Orrel, 2008; WHO, 2012, Khanassov, 2016; Curnow, 2021):

- Основной диагноз и отправная точка для понимания того, как они могут продолжать свою жизнь.
- Профессиональная междисциплинарная и психологическая поддержка.
- Надежда.
- Право на участие в жизни общества.
- Понимание течения самого заболевания.
- Дестигматизация знаний других людей о деменции.
- Убеждение других людей в том, что у человека с деменцией жизнь до болезни не была связана с деменцией.
- Сострадание.
- Музыка.
- Памятные фотографии.
- Потребность в уходе за собой.





Практические элементы

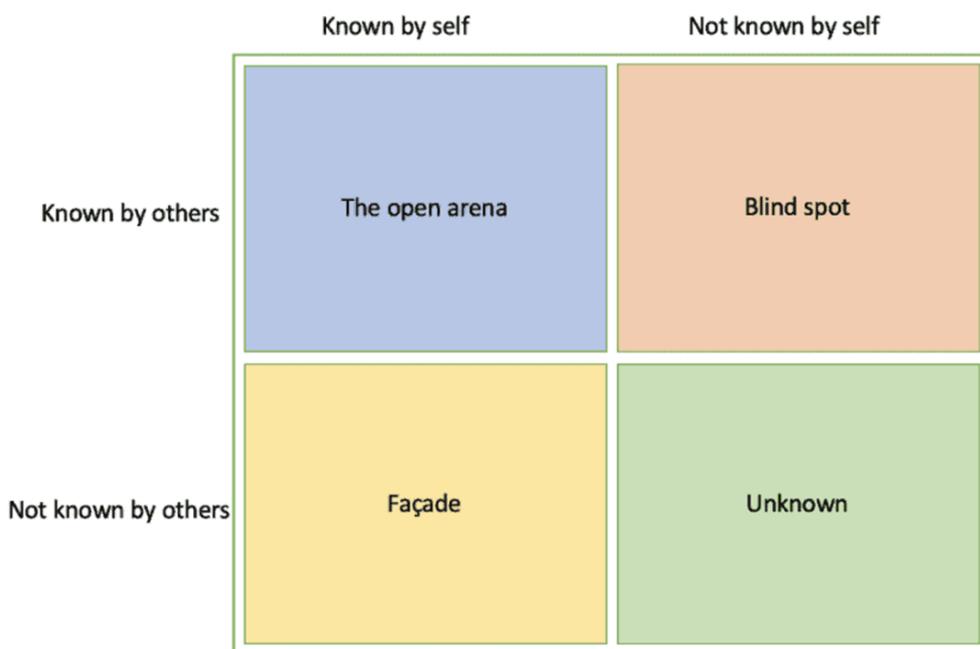
В этом разделе вы можете найти примеры обучения неформальных опекунов, тому, как поддерживать человека, о котором они заботятся, и самих себя в процессе обеспечения ухода. Данный раздел предназначен для фасилитаторов, которые могут использовать упражнения и примеры для облегчения обучения отношениям в процессе ухода.

1. Самостоятельное устранение проблем будучи неформальным опекуном – сами «задаем вопросы» и сами «обосновываем».

Описание: Фасилитатор просит участников подумать о моментах, когда они оказывали помощь своим близким, что вызывало у них эмоциональное напряжение и доставляло дискомфорт. Фасилитатор побуждает их развивать свои мысли и объяснять, почему они возникли. Например: мне пришлось «запереть» свою мать, страдающую деменцией, дома, чтобы сделать покупки, и я чувствую угрызения совести за этот поступок. Затем фасилитатор спрашивает: «Как вы к этому относитесь? Как вы описываете этот ваш поступок? Можно ли это считать формой насилия?». Затем фасилитатор предлагает участникам ответить на следующие вопросы, перефразируя свои негативные и инкриминирующие мысли с положительным отпечатком, например: «Как можно предотвратить это действие? Какие возможные трудности или опасности были предотвращены этим действием/решением?»

2. Окно Джохари

Описание: Фасилитатор просит участников нарисовать на листе бумаги квадрат, разделенный на четыре части





	Я знаю	Я не знаю
Другие знают	Открытая зона	Слепое пятно
Другие не знают	Скрытая зона	Неизвестная зона

Фасилитатор просит участников заполнить квадраты, указав ту информацию, которую они знают о себе. Затем фасилитатор оставляет четвертый квадрат пустым (вверху справа). Этот квадрат будет заполняться другими участниками (https://en.wikipedia.org/wiki/Johari_window).

Фасилитатор просит участников написать не менее двух положительных мыслей о себе на разных листах бумаги. Затем фасилитатор просит их написать по одной положительной фразе для каждого члена группы и поместить этот лист бумаги в четвертый квадрат тому человеку, который ассоциируется с данной фразой. Можно использовать слова, выражения, метафоры, образы, песни и прочее. ВНИМАНИЕ: Фасилитатор должен учитывать, что эта фраза должна иметь положительный характер. Затем фасилитатор дает участникам достаточно времени, чтобы изучить окно в том виде, в котором оно было настроено. Потом фасилитатор просит участников повторно отредактировать свое окно по своему усмотрению после получения информации. Фасилитатор побуждает участников выражать свои мысли и говорить о своих чувствах. Фасилитатор просит их поделиться с группой своими ощущениями после выполнения упражнения, какие черты характера, которые они признают, хотели бы развивать в большей степени, и как они этого достигнут. Фасилитатор спрашивает их, как они представляют себя в результате этого. Фасилитатор также исследует, какие различные взгляды на самих себя они обнаруживают и что их удивило или поразило. Фасилитатор спрашивает, что они будут скрывать или не захотят поделиться с командой в конце занятия. Более того, фасилитатор предлагает им подумать, есть ли что-то, о чем они могли бы попросить помощи в управлении своими эмоциями, и если да, то к кому они могли бы обратиться за помощью.

В завершении занятия фасилитатор подводит итоги обсуждения и предлагает участникам подумать о своем будущем, пользуясь своими положительными сторонами, получая идеи как из идей, добавленных другими людьми, так и из окон других участников. Фасилитатор просит участников увидеть свои возможности и использовать их в том, что они есть и кем они могут стать. В завершении, фасилитатор может обсудить все, чем он/она хотел бы поделиться с группой.

В завершении занятия фасилитатор дает участникам время на разгрузку.

3. Звенья личности

Фасилитатор просит участников нарисовать круг и написать в нем свое имя. Затем фасилитатор просит участников добавить связующие звенья вокруг этого круга и назвать каждое такое звено. Для звеньев (люди, которые могут быть независимыми), используйте



зеленый цвет. Для звеньев (люди, которые могут быть полузависимыми), попросите использовать оранжевый цвет, а для звеньев (люди, которые могут быть полностью зависимыми), использовать красный цвет. Потратив некоторое время на формирование рисунка, уделите несколько минут на то, чтобы понаблюдать за формой. Какие эмоции эта форма вызывает у участников? Что они думают, когда наблюдают эту форму? Что значат для них звенья, когда они формируются? Какое звено они хотели бы убрать и почему они хотели бы, чтобы оно отсутствовало? То есть, если бы звенья отсутствовали, какая была бы польза? Какой формы будут звенья после этого? Что означала бы для них эта новая форма?

4. Создать свою собственную историю (Профессионалы, волонтеры, пожилые люди)

Фасилитатор предлагает участникам образовать круг. Один человек из круга начинает говорить фразу, которую завершает следующий по кругу. Участники завершают фразу в соответствии со своим опытом и знаниями. История должна сообщать о жестоком обращении с пожилыми людьми. Пройдя 4 круга наша история заканчивается. Координатор группы пишет рассказ, который читает участникам. Каждый рассказывает о созданной им истории, излагая свой опыт, чувства и мысли.





Раздел 2: Предотвращение жестокого обращения с пожилыми и сохранение чувства уважения

Теоретическая часть

2.1 Предположения и стереотипные представления о жестоком обращении с пожилыми людьми

Принимая во внимание многочисленные роли и потребности опекунов, скорее всего уход представляет собой сложную ситуацию, связанную с рядом физических и эмоциональных проблем. Эти проблемы ставят опекуна в уязвимое положение и могут привести к бремени ухода. Неформальным опекунам необходима забота о себе и другие стратегии выживания для удовлетворения потребностей в уходе. Тем не менее, эти проблемы все еще могут влиять на поведение опекуна и приводить к домашнему насилию и жестокому обращению с пожилыми людьми.

Трудно оценить распространенность жестокого обращения с пожилыми людьми, потому что о нем часто не сообщается. Существующие исследования жестокого обращения с пожилыми людьми оценивают его распространенность во всем мире в диапазоне от 1% до 35%. По данным ВОЗ, примерно каждый шестой человек в возрасте 60 лет и старше за последний год подвергся той или иной форме жестокого обращения в общественных местах. Ожидается рост жестокого обращения с пожилыми людьми, поскольку во многих странах наблюдается быстрое старение населения. Тем не менее, ВОЗ предполагает, что эти цифры могут отражать лишь небольшое количество реальных случаев, и некоторые эксперты считают, что жестокое обращение с пожилыми занижено на целых 80%.

Старение населения меняет мир. Все люди стареют по-разному. Стереотипы и предубеждения относительно жестокого обращения с пожилыми людьми широко распространены и могут нанести вред многим людям. Стереотипы могут быть положительными или отрицательными, и люди понимают их как набор убеждений о личных качествах и чертах определенной группы и ее членов. Например, о пожилых людях часто говорят, что они сопротивляются переменам, имеют множество болезней и неспособны учиться новому.

С одной стороны, пожилые люди стереотипно представляются как старомодные, жадные, старые, упрямые, зависимые люди, а с другой стороны, как добрые, мудрые, счастливые, дедушки и бабушки. Благодаря многократному влиянию нескольких источников, таких как семья, друзья и средства массовой информации, стереотипам придается субъективный характер на протяжении всей жизни. Постепенно стереотипы становятся глубоко укоренившимися предубеждениями и самоактивирующими мыслями. Даже если человек выявил стереотипные черты, избавиться от них непросто. Способность делать быстрые



суждения на основе видимых признаков, таких как цвет волос или количество морщин на лице, с эволюционной точки зрения может быть эффективным использованием своих внутренних возможностей, например, при столкновении с опасностью. К сожалению, стандартное представление о людях имеет много недостатков и может привести к социальным, психологическим и физическим страданиям и ущербу (Shepherd & Brochu, 2020). Негативные убеждения относительно возможностей пожилого человека могут отрицательно сказаться на здоровье пожилого человека. Согласно Мадридскому международному плану действий по проблемам старения (2002 г.), «пожилые женщины подвергаются большему риску физического и психологического насилия из-за дискриминационного отношения в обществе и несоблюдения прав женщин».

ВОЗ заявила: «Возможно, самая коварная форма жестокого обращения с пожилыми людьми заключается в негативном отношении и стереотипах в отношении к пожилым людям и самого процесса старения; в отношении, которое находит отражение в частом прославлении молодежи. До тех пор, пока будет происходить обесценивание и маргинализация пожилых людей обществом, они будут страдать от потери самоидентификации и оставаться очень подверженными дискриминации и всех форм жестокого обращения». (ВОЗ, 2002a).

Еще одна форма покровительственного обращения, с которой сталкиваются пожилые люди, — это доброжелательный эйджизм. Часто он происходит случайным образом и может показаться невинным, но может очень навредить. Люди часто считают, что пожилые люди уязвимы и нуждаются в защите. Подобные предположения могут означать, что члены семьи или опекуны думают, что знают, что лучше всего отвечает интересам пожилого человека, и что они поступают правильно. Запрет пожилым людям принимать решения за себя — это патернализм и угроза автономии и независимости пожилых людей (Stovell, 2020).

Стереотипное мышление и предположения способствуют тому, что жестокое обращение с пожилыми людьми в большинстве случаев остается скрытым. В случае жестокого обращения, раскрытие информации в отношении пожилых людей само по себе очень сложно, так как оно связано со стыдом и чувством вины. Общество, которое «прославляет молодежь» и в котором пожилые люди изображаются слабыми, делает разговор о насилии в отношении пожилых людей еще более сложным.

2.2 Формы и признаки насилия в отношении пожилых людей и гендерного насилия

Определение жестокого обращения с пожилыми людьми, разработанное организацией «Действие против жестокого обращения с пожилыми людьми», гласит: «*Жестокое обращение с пожилыми людьми — это однократное или повторяющееся действие либо бездействие, которое имеет место в рамках отношений, предполагающих доверие, и наносит пожилому человеку физический или психологический ущерб.*» Оно было принято Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ, 2002b) и признано во всем мире.



Жестокое обращение с пожилыми людьми является либо действием, либо бездействием (обычно описываемым как «пренебрежение»), и оно может быть как преднамеренным, так и непреднамеренным. Жестокое обращение может быть физическим, психологическим (включая эмоциональную или вербальную агрессию), финансовым или иным материальным насилием. Неважно, с каким видом жестокого обращения сталкивается пожилой человек. Это, без сомнения, вызовет ненужные страдания, травмы и/или боль. Жестокое обращение также может привести к потере или нарушению прав человека и, как правило, снижает качество жизни (ВОЗ, 2002a). Насилие в отношении пожилых женщин фиксируется в тех же нормах и гендерном неравенстве, что и другие виды насилия в отношении женщин. Кроме того, из-за дискриминационных взглядов в обществе и отсутствия защиты прав женщин пожилые женщины подвергаются значительно более высокому риску физического и психологического насилия, чем пожилые мужчины.

2.3 Различные виды жестокого обращения с пожилыми людьми¹

- Физическое насилие — это причинение боли или травм пожилому человеку, физическое принуждение, а также физическое ограничение или ограничение использования препаратов.
- Психологическое или эмоциональное насилие — это причинение моральных и психических страданий пожилому человеку.
- Финансовое или материальное насилие — это незаконная или ненадлежащая эксплуатация или использование средств и/или ресурсов пожилого человека.
- Сексуальное насилие — это любой сексуальный контакт без согласия с пожилым человеком.
- Пренебрежение — это неспособность опекуна или другого ответственного лица защитить пожилого человека от вреда; неспособность удовлетворить потребности пожилого человека в основных медицинских услугах, питании, восполнении потери жидкости, гигиене, одежде, основных повседневных занятиях или жилье, что приводит к серьезному риску ухудшения здоровья и безопасности.
- Институциональное насилие — это повторяющееся или регулярное насилие, совершаемое в любой институциональной среде, где пользователи услуг взаимодействуют с профессионалами (вне своего дома).

Физическое насилие

¹ Следующие формы, признаки и последствия различных видов жестокого обращения основаны на результатах Perttu, S., Laurola, H. Как выявлять и поддерживать пожилых людей, которые стали жертвами жестокого обращения: учебный план для специалистов, волонтеров и пожилых людей, 2020 г. Опубликовано Тартуским университетом в рамках проекта Erasmus+: «Тренинг по выявлению и поддержке пожилых людей, которые стали жертвами жестокого обращения (TISOVA)». Для получения более подробных объяснений и дополнительных ссылок, смотрите руководство доступное по адресу https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf. Поскольку настоящее руководство посвящено неформальному уходу, институциональное насилие более подробно не рассматривается.



Физическое насилие определяется как применение физической силы по отношению к пожилому человеку, которое может причинить телесные повреждения, необратимые нарушения или физическую боль.

Формы	<p>Царапины, укусы, шлепки</p> <p>Ожоги</p> <p>Бросание предметов в человека</p> <p>Использование оружия или других предметов для причинения боли</p> <p>Толчки, пинки</p> <p>Удушение или сдавливание</p> <p>Насильственное кормление или лишение еды</p> <p>Физическое сдерживание человека</p>
Признаки	<p>Опекун/родственник чрезмерно защищает или контролирует, рассказывает противоречивые истории, не сразу обращается за помощью или сообщает о травме, оставляет пожилого человека без присмотра; пожилой человек, описанный в анамнезе, как «склонный к несчастным случаям» или имеющий травму</p> <p>Травмы в разной стадии заживления: переломы костей, растяжения или вывихи, ссадины, рубцы, сыпь, волдыри, ожоги, рваные раны, отеки; признаки физического стеснения, потеря веса, выпадение волос, несоблюдение гигиены</p> <p>Отсутствие сознания, сонливость, вялость, спутанность сознания, сонность</p> <p>Пугливое или боязливое поведение, возбуждение, кататония, частые просьбы об уходе или лечении при незначительных состояниях, необъяснимый гнев, страх или замкнутое поведение по отношению к опекуну или родственнику.</p> <p>Чрезмерная седация, снижение физической или умственной активности, вялость или спутанность сознания</p> <p>Снижение или отсутствие терапевтической реакции на назначенное лечение может быть результатом недостаточного приема лекарств или невыполнения рекомендаций врача.</p> <p>Разбросанные повсюду таблетки могут быть признаком ненадлежащего приема лекарственных препаратов и/или употребления алкоголя.</p> <p>Медицинские отчеты о передозировке лекарственных препаратов, пропаже или неназначении рецептурных лекарств, ненадлежащем лечении</p>



	заболеваний, повторных несчастных случаях или обращениях в отделение неотложной помощи, а также о частых падениях.
Последствия	Ушибы, раны, ссадины, ушибы, гематомы Стоматологические проблемы Снижение слуха или глухота (Постоянная) инвалидность Повышенный риск преждевременной смерти Физическая боль и болезненность Снижение зрения или слепота Травмы головного мозга

Психологическое насилие

Психологическое насилие, также называемое эмоциональным насилием, состоит из систематических нефизических действий, направленных на причинение душевной боли, мучений и страданий пожилому человеку.

Формы	Эмоциональное манипулирование или другое жестокое поведение Отказ в доступе к услугам, религиозным и/или культурным мероприятиям Принуждение лица к участию и соблюдению религиозных правил и обычаев против их воли Преследование, травля Средства невербального общения, такие как выражение лица и жесты тела, предназначенные для запугивания, унижения, манипулирования или оскорбления. Словесное запугивание, крики Оскорбления, ругань Унижение, угрозы, клевета Контроль поведения Покинутость
Признаки	Чувство беспомощности, стыда, бессилия Потеря интереса к себе или окружающему миру



	<p>Отсутствие зрительного контакта с врачом, опекуном или другим человеком</p> <p>Нервозность или другие изменения в поведении рядом с опекуном или другим человеком</p> <p>Параноидальное поведение или спутанность сознания, не связанные с болезнью</p> <p>Проявление признаков травмы, например, раскачивание вперед и назад</p> <p>Депрессия, печаль, плаксивость</p> <p>Изменения в самооценке, неуверенность в себе</p> <p>Необычная пассивность или гнев</p> <p>Возбуждение, дезориентация</p> <p>Изоляция</p> <p>Отстраненность, апатия</p> <p>Пугливость</p> <p>Нежелание говорить открыто</p> <p>Бессонница/депривация сна</p>
Последствия	<p>Симптомы длительной травмы</p> <p>Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)</p> <p>Повышенная смертность и риск суицида</p> <p>Депрессия и тревога</p> <p>Деменция</p> <p>Злоупотребление запрещёнными веществами</p>

Финансовое насилие

Финансовое насилие – это «незаконная или ненадлежащая эксплуатация или использование средств или других ресурсов пожилого человека» (ВОЗ, 2008).

Формы	<p>Контроль за использованием денег и имущества пожилым человеком</p> <p>Кража, принуждение или мошенничество с целью (попытки) получить деньги или имущество пожилого человека</p>
-------	---



	<p>Незаконное или ненадлежащее использование денег, имущества или активов пожилого человека</p> <p>Эксплуатация и давление, связанное с завещаниями, имуществом или наследством</p> <p>Мошеннические действия и интернет-мошенничество</p>
Признаки	<p>Человек выражает обеспокоенность тем, что у него недостаточно денег, чтобы покрыть свои основные потребности</p> <p>Человек обеспокоен из-за отсутствия средств на его счетах.</p> <p>Путаница в отношении активов, имущества и доходов</p> <p>Личные сообщения о пропаже мебели, драгоценностей, кредитных карт, документов или других предметов.</p> <p>Многочисленные неоплаченные счета или просроченная арендная плата, которую пожилой человек может себе позволить оплатить или которую должен оплатить кто-то другой</p> <p>Отсутствие удобств и благ, например, телевизора или подходящей одежды, которую пожилой человек может себе позволить.</p> <p>Недавно подписанное завещание или изменения в завещании, когда пожилой человек не может его составить или подписать.</p> <p>Пожилой человек «добровольно» выплачивает несоответствующую финансовую компенсацию за необходимый уход и дружеское общение.</p> <p>Займы или ипотечные кредиты, полученные пожилым человеком</p> <p>Сопровождение другим человеком при посещении финансовых учреждений или использовании банкомата, и другой человек отказывается в разговоре с пожилым человеком о транзакциях.</p>

Сексуальное насилие

Сексуальное насилие в отношении пожилого человека имеет место в том случае, когда правонарушитель проявляет по отношению к нему сексуальное поведение, включая физический контакт сексуального характера, без его согласия.

Формы	<p>Нежелательный сексуальный контакт, например, неуместные прикосновения, сексуальные поцелуи.</p> <p>Принуждение пожилого человека к просмотру половых актов или порнографических материалов</p>
-------	---



	<p>Принуждение пожилого человека раздеться против его воли, принуждение к обнажению</p> <p>Грубая или ненадлежащая гигиеническая обработка половых органов пожилого человека</p> <p>Сексуальное насилие и побои</p> <p>Принуждение пожилого человека к половому акту</p> <p>Принудительный половой акт/изнасилование</p> <p>Откровенно сексуальная фотография</p> <p>Сексуальные замечания/предложения</p>
Признаки	<p>Инфекция мочеиспускательного канала</p> <p>Страх прикосновения к себе</p> <p>Венерическое заболевание неизвестной этиологии</p> <p>Повышенное сексуальное или агрессивное поведение</p> <p>Депрессия или абстиненция</p> <p>Бессонница</p> <p>Беспокойство или чрезмерный страх перед лицом, осуществляющим уход</p> <p>Повышенный интерес к сексуальным предметам</p> <p>Недержание (мочевого пузыря или кишечника) неизвестной этиологии</p> <p>Трудности при ходьбе или сидении или боль при посещении туалета</p> <p>Кровотечения, синяки, ссадины, инфекция, болезненность в аногенитальной области, бедрах и груди</p>
Последствия	<p>Страх и нежелание жить дома</p> <p>Неспособность спать по ночам (например, кошмары или воспоминания)</p> <p>Тяжелая психологическая травма, стыд, вина, самообвинение</p> <p>Хроническая боль, длительные физические нарушения и нарушения состояния здоровья</p> <p>Депрессия, тревога, нервозность</p> <p>Повышенное употребление алкоголя и других веществ</p> <p>Недоверие к другим</p>



Суицидальные мысли, попытка самоубийства или совершение самоубийств

Пренебрежение

Пренебрежение определяется как неспособность ответственных лиц удовлетворить основные потребности пожилого человека.

Формы	<p>Человек брошен, оставлен без присмотра на длительное время или заперт в доме один.</p> <p>Неадекватное или несоответствующее использование лекарственных средств; на человека оказано чрезмерное успокоительное действие в дневное время</p> <p>Человек не обеспечен необходимыми вспомогательными средствами, например, очками, слуховыми аппаратами или приспособлениями для ходьбы.</p> <p>Неподвижность, человек почти все время находится в постели.</p> <p>Ненадлежащая еда и питье</p> <p>Изоляция; отсутствие умственных, физических и социальных контактов</p> <p>Отсутствие чистой, подходящей одежды.</p> <p>Ограничения; человек привязан к стулу или кровати</p> <p>Ненадлежащая медицинская или стоматологическая помощь</p> <p>Воздействие небезопасных, вредных для здоровья, антисанитарных условий</p>
Признаки	<p>Боль, дискомфорт, множественные крупные пролежни</p> <p>Необъяснимая потеря веса, недоедание, обезвоживание, запор</p> <p>Плохой санитарный уход, неопрятный внешний вид; пожилой человек грязный, сильно пахнет мочой</p> <p>Плохое общение или нервозность при общении между пожилым человеком и опекунами/семьей</p> <p>Недостаточное или чрезмерное употребление лекарственных средств</p> <p>Гипотермия или перегревание</p> <p>Признаки замкнутости, депрессии, пассивности</p> <p>Отсутствие необходимых вспомогательных средств</p>



	Отсутствие заботы со стороны опекунов/семьи или чрезмерно внимательное отношение в компании других людей
Последствия	Депрессия Эмоциональные страдания Инфекционные болезни Преждевременная смерть

2.4. Пренебрежение, преднамеренное или непреднамеренное насилие

Пренебрежение к пожилым людям является наиболее распространенным видом жестокого обращения к ним (Ananias & Strydom, 2014). Необеспечение лежачих пожилых людей надлежащим питанием, одеждой и гигиеническим уходом, а также оставление пострадавшего пожилого человека без присмотра считается пренебрежением. Непреднамеренное пренебрежение означает, что лицо, осуществляющее уход, не обладает необходимыми навыками и знаниями по уходу за человеком, который не может удовлетворить свои потребности без посторонней помощи (Lin, 2020). Пренебрежение считается преднамеренным в том случае, когда пожилому человеку намеренно причиняют вред и его бросают, или когда другим не разрешается обеспечивать надлежащий уход за пожилым человеком.

Как уже указывалось, пренебрежение имеет определенные формы, признаки и последствия. Однако не упоминается подтип эмоционального насилия, который называется коммуникативное пренебрежение. Это психологическое оскорбление, нанесенное другому человеку (Sorenson, 2006, цит. по Lin, 2020). Непреднамеренное коммуникативное пренебрежение происходит в том случае, когда неформальные опекуны уделяют мало внимания пожилому человеку по причине выполнения множества обязанностей, за которые они несут ответственность, а также когда они пытаются свести к минимуму раздражение обеих сторон из-за коммуникативных барьеров. С другой стороны, при преднамеренном коммуникативном пренебрежении, неформальные опекуны стараются преднамеренно избегать физической и эмоциональной связи с пожилыми людьми, поскольку они рассматривают коммуникативное пренебрежение как возможную реакцию на повторяющееся разочарование при попытке оказать помощь пожилым людям (Lin, 2020).

Несмотря на то, что коммуникативное пренебрежение официально не признано формой жестокого обращения с пожилыми людьми, его существование признано (Lin, 2020). В отличие от других форм пренебрежения, неформальные опекуны, пренебрегающие общением, продолжают удовлетворять повседневные потребности пожилых людей, но общение отсутствует. Например, неформальные опекуны могут избегать или игнорировать потребности пожилых людей в общении или социальном взаимодействии.



Сокращение или сведение разговора к минимуму, коммуникативное пренебрежение неформальных опекунов может привести к тому, что пожилые люди будут чувствовать себя изолированными. Будь то в учреждениях или дома, или в результате возрастных заболеваний или других проблем со здоровьем, пожилые люди могут быть не в состоянии эффективно общаться. Возможной реакцией может быть сведение разговора к минимуму или попытка вести содержательный разговор. Хотя это объяснялось и обсуждалось в литературе, роль и влияние коммуникативного пренебрежения не подвергались обширным эмпирическим испытаниям в контексте неформального ухода (Lin, 2018).

Очевидно, по-прежнему существует потребность в эффективных мерах по борьбе с жестоким обращением с пожилыми людьми и пренебрежением к ним (Ananias & Strydom, 2014). В частности, необходимо разработать и внедрить социальную и эмоциональную помощь, отдых и уход в дневное время, чтобы помочь лицам, осуществляющим уход, снизить уровень стресса. Кроме того, развитие групп помощи лицам, осуществляющим уход, может уменьшить бремя ухода и социальную изоляцию и, кроме того, предложить психосоциальную помощь, навыки решения проблем и стратегии выживания среди лиц, осуществляющих уход. Таким образом, можно надлежащим образом решить вопросы, связанные с факторами риска жестокого обращения с пожилыми людьми и пренебрежения к ним (Ananias & Strydom, 2014).

2.5 Многогранность жестокого обращения с пожилыми людьми

При описании феномена жестокого обращения с людьми старшего возраста обычно используется термин «жестокое обращение с пожилыми людьми». Существует спор относительно того, к какой категории относится этот термин и следует ли считать жестокое обращение с пожилыми людьми отдельной категорией или типом домашнего насилия, так как оно одновременно и схоже с другими типами домашнего насилия, и отличается от них.

Одним из основных вызовов, кроме предоставления адекватных подробных данных с разбивкой по возрасту и полу, является тот факт, что жестокое обращение с пожилыми людьми – это деликатная и часто табуированная тема. Оно, так же, как и его отрицание, касается людей, несущих ответственность: членов семьи, официальных лиц и широких слоёв населения. Более того, пожилые люди часто не хотят говорить о таком опыте, поскольку считают его угрозой репутации семьи или же им стыдно, что они подвергались жестокому обращению и эксплуатации со стороны своих детей или других родственников. Также пожилые люди могут не понимать, что над ними совершается насилие или, их игнорируют.

Жестокое обращение и игнорирование влияют на пожилых людей в эмоциональном и физическом плане. Когда лицо, которому они доверяют, делает им больно или обманывает их в собственных интересах, они могут чувствовать себя виноватыми, шокированными, озадаченными или пристыжёнными. Иногда люди старшего возраста чувствуют, что они должны помочь своим супругам или детям и обезопасить их, даже если



последние ведут себя жестоко или совершают насилие. Старшее поколение также может не думать о последствиях насилия над собой (Perttu, 2018).

Структура нашего общества отдаёт предпочтение молодёжи, а людей старшего возраста часто отвергают, игнорируют, и они просто теряются в ритме жизни (Shepherd & Brochu, 2020). Изоляция – фактор, наиболее значительно влияющий на уязвимость людей старшего возраста. Находясь в изоляции, всё больше пожилых людей остаются без доступа к информации или услугам и подвергаются повышенному риску жестокого обращения, в том числе сексуального и домашнего насилия, эксплуатации и дискриминации (UNFPA (Фонд ООН в области народонаселения), 2012).

Жестокое обращение с пожилыми людьми – это не только общественная проблема. Ещё один критический вопрос, который следует поднять, касается неграмотности, в том числе цифровой (Vágvölgyi et al., 2016). Эта неграмотность характеризует, в частности, неформальных опекунов и может считаться возможным барьером на пути к информации (как в бумажной, так и в цифровой форме), например о правах опекунов и лиц, принимающих уход, о болезнях, лекарствах и питании. Так как один сегмент всего населения уязвим к такому насилию, это может быть нарушением прав человека. Следовательно, необходимо принять особые меры с целью обеспечения того, чтобы риски жестокого обращения с данной группой населения были не выше, чем относительно других групп.

Утверждение, что за пожилыми людьми всегда присматривают их семьи и родственники, неверно. Жестокость и насилие принимают разные формы в различных политических, экономических, социальных и культурных контекстах и не ограничены определённым контекстом или регионом. Пожилые люди могут быть более уязвимы к жестокости, насилию и игнорированию по причине повышенной зависимости, изоляции и болезненности. Физическое, в том числе сексуальное, насилие считается самым серьёзным, и его жертвы или системы обслуживания наименее часто сообщают о нём. В то же время сами жертвы наиболее часто сообщают о психологическом и финансовом насилии.

Сообществам необходимо лучше понять многогранность жестокого обращения с пожилыми людьми, приняв во внимание взаимодействие в пределах нескольких взаимосвязанных систем и различные факторы риска, влияющие на насилие и игнорирование в отношении пожилых людей. Например, многие пожилые люди до сих пор живут в расширенных семьях с несколькими поколениями и получают неформальный уход со стороны своих взрослых детей, партнёров и других родственников. Тем не менее, структура семьи также претерпевает значительные изменения, так как взрослые дети не живут в одних городах со своими пожилыми родителями по причине текущего социально-экономического климата, высокой стоимости проживания и давления во время поиска работы.

Дети пожилых людей имеют собственных детей, за которыми надо ухаживать и которых нужно обеспечивать. Поколение не располагает средствами и ресурсами для ухода



одновременно за своими родителями и детьми, будь то в финансовом, физическом или эмоциональном плане (так называемое поколение «сэндвич»). Представители поколения «сэндвич» - взрослые средних лет, родителям которых около 60 лет, а детям – меньше 18 (или же эти дети старше 18 лет, но требуют поддержки). Они находятся буквально «между двух огней», и их тянут в разные стороны, что может привести к непреднамеренной жестокости со стороны неформального опекуна.

2.6. Домашнее насилие в отношениях, основанных на заботе: изменение расстановки сил и риски

Опека часто возникает в результате долговременных семейных отношений (Gimeno, Val, & Cardoso Moreno, 2021). Отношения, основанные на заботе, влияют на многое в жизни опекуна, в том числе в негативном ключе. Когда такое долговременное влияние становится очевидным, динамика обычно меняется, так как общество продолжает жить своей жизнью, оставляя лиц, взявших на себя роль опекунов, в изоляции; забота доминирует в их жизни. Несмотря на эту возможную цену, большинство опекунов даже не сомневаются, что принять на себя эту роль необходимо вследствие отношений с данным лицом (Lin, 2020). При этом стоит отметить, что применение силы в отношениях между взрослыми является сложным и неочевидным вопросом, и относительно силы всё время ведутся переговоры или же её применение опосредовано. В долгосрочных близких и семейных отношениях между взрослыми возможны разрывы отношений с позиции силы в случае перемен (Isham, Hewison, & Bradbury-Jones, 2019).

Основные мотивы приёма на себя роли опекуна следует искать в более широком семейном и общественном контексте (Gimeno et al., 2021). Забота о пожилых людях обычно проистекает из продолжения отношений и желания опекуна контролировать и защищать здоровье пожилого человека, так как он располагает глубокими знаниями об этом человеке, а значит, лучше всех подходит на роль опекуна. Часто забота проистекает из чувства ответственности и преданности пожилому человеку. Она отображает ожидания общества по мнению опекуна и его сомнения относительно качества ухода в специализированном учреждении. При этом очень важно учесть различия между помощью опекуну с задачами (как то принятие на себя дополнительных обязательств в семье) и принятием на себя роли основного опекуна, что означает чувство ответственности за благополучие человека (Mendes, Mestre, Santana, Reis, & Lopes, 2019).

Отношения между опекуном и опекаемым – динамичное и эволюционирующее явление, так как опекуны переходят с одного этапа жизни на другой, а у пожилого человека развивается возможная болезнь (Isham et al., 2019). Этот динамичный процесс нестабилен и не отличается устойчивостью, так как вызовы относительно ухода и болезни во многих семьях сложны, вызывают напряжённость и могут привести к непредсказуемости и неопределённости в отношениях. Процесс становится более сложным для опекунов пожилых людей, чьё здоровье ухудшается, по причине потерь и



грусти, связанной с предыдущими отношениями. Требования относительно ухода становятся всё значительнее, и появляется всё больше факторов давления, что может привести к стрессу и усталости, а это, скорее всего, повлияет на обе стороны. Стресс – неотъемлемая часть отношений, основанных на заботе, которая может привести к напряжённости некоторых ситуаций и постоянному отсутствию согласия. Следовательно, уход за пожилым человеком может отрицательно повлиять на физическое, психологическое, психосоциальное, социальное и финансовое здоровье неформального опекуна, что в свою очередь может привести к домашнему насилию и жестокому обращению с пожилыми людьми (Isham et al., 2019).

Согласно социальным ориентирам португальских и бразильских опекунов (Mendes et al., 2019), жестокость к пожилым людям основана на неуважительном поведении и унижении, а описание насилия отражает доминантное отношение общества к старению. Потенциально опасное поведение опекуна может рассматриваться как предупреждение или предвестник умышленного или неумышленного насилия (Beach et al., 2005).

Многие общепринятые теоретические подходы пытались объяснить причины жестокого обращения с пожилыми людьми. При этом наиболее полное объяснение этой сложной проблемы предоставляет экологическая теория (Ananias & Strydom, 2014). Как утверждает этот подход, некоторые потенциальные факторы риска касаются пожилой жертвы / опекаемого, виновника / опекуна, контекста заботы/ухода и более широкого общественного контекста. Индивидуальные характеристики пожилой жертвы насилия, варианты с учётом пола, хронологического возраста, семейного положения, хронических серьёзных заболеваний, наличия когнитивных расстройств, психических расстройств, употребления наркотиков, проблематичного поведения, социальной изоляции и одиночества касаются жестокого обращения с пожилыми людьми. Если говорить конкретно, жертвой скорее будет пожилой мужчина или пожилая женщина, злоупотребляющий (ая) алкоголем, демонстрирующий (ая) «трудное» поведение и страдающий (ая) серьёзным физическим, когнитивным или психическим расстройством (Ananias & Strydom, 2014). Что касается индивидуальных характеристик опекуна, с жестоким обращением с пожилыми людьми ассоциируются пол, хронологический возраст, психологические и эмоциональные проблемы и употребление наркотиков (Pillemer & Suitor, 1992). Следовательно, виновником в жестоким обращении с пожилыми людьми скорее будет мужчина или женщина, страдающий (ая) психологическими или эмоциональными проблемами и употребляющий (ая) наркотики.

Более того, взаимодействие между пожилым человеком и опекуном в контексте заботы подразумевает наличие факторов риска (Pillemer & Suitor, 1992). Отсутствие опыта ухода и нежелание, отсутствие поддержки, прошлые отношения между пожилым человеком и опекуном, зависимость, стрессовое состояние опекуна, финансовые трудности и жилищные условия – это только некоторые вариативные факторы, имеющие отношение к жестокому обращению с пожилыми людьми. Следовательно, неопытный или не испытывающий желания опекун, неэффективная система поддержки, дисфункциональные прошлые отношения, взаимозависимость и совместное проживание



опекуна и пожилого человека являются контекстуальными характеристиками, создающими питательную среду для жестокого обращения (Pillemer & Suitor, 1992). Следует также отметить, что более широкие общественные явления, как то дискриминация по возрасту (эйджизм) и исторические недостатки, могут привести к уязвимости пожилых людей перед жестоким обращением (Ananias & Strydom, 2014).

Помимо факторов риска, в семье и обществе существуют факторы, способные снизить количество случаев жестокого обращения с пожилыми людьми. (Ananias & Strydom, 2014). В частности, опекуны с хорошим психическим и физическим здоровьем, получающие достаточное вознаграждение, поддержку и проходящие обучение относительно работы со стрессом во время ухода с меньшей вероятностью будут вести себя жестоко по отношению к пожилым людям. Более того, в общественном плане сообщества, в которых сильны чувство коллективизма, духовность и устойчивость, верность семье, ценность материнства и признательность по отношению к пожилым людям считаются факторами защиты от жестокости по отношению к пожилым людям (Ananias & Strydom, 2014).

2.7. Выявление факторов риска и признаков жестокого обращения с пожилыми людьми при работе с лицами, осуществляющими уход

Как уже упоминалось, несколько факторов риска могут нанести вред общему здоровью лица, осуществляющего уход, и увеличить шансы пожилого человека подвергнуться жестокому обращению и пренебрежению. Отсутствие опыта у опекуна, нежелание, формальные или неформальные системы поддержки и нездоровые прошлые отношения между опекуном и его подопечным могут привести к эмоциональному истощению и жестокому обращению с пожилыми людьми (Pillemer & Suitor, 1992). Кроме того, зависимость пожилых людей, финансовые трудности и совместное проживание могут привести к отсутствию личного времени, что может вызвать физические и поведенческие проблемы. Таким образом, практикующие врачи должны понимать не только факторы риска, но и тревожные признаки, связанные с уходом за престарелыми, чтобы поддерживать самопомощь и выявлять, предотвращать и минимизировать последствия, могущие привести к оскорбительному поведению по отношению к подопечному. Чтобы четко понять влияние работы с престарелыми на неформальных опекунов, необходимо знать непосредственные последствия травм и стрессовых реакций на пожилых людей (Van Durme, Macq, Jeanmart, & Gobert, 2012).

При работе с неформальными опекунами, практикующие специалисты могут выявить потенциальное насилие в отношении пожилых людей, вовремя замечая многие физические, поведенческие и психологические признаки эмоционального выгорания могут помочь (Van Durme et al., 2012). Из физических признаков, наиболее частыми являются истощение, бессонница, головные боли, повышенная восприимчивость к болезням, боль в спине и шее, раздражение кишечника, желудочно-кишечные расстройства, сыпь, высыпания на коже, скрежетание зубами по ночам, учащенное сердцебиение и ипохондрия. Кроме того, следует обращать внимание если работник, осуществляющий уход, начинает злоупотреблять алкоголем и наркотиками, избегает



подопечного, избегает развлечений, встреч с друзьями и семьей на общественных мероприятиях. Также среди признаков выгорания можно указать нарушение способности принимать решения, проблемы в личных отношениях, трудности в сексе и близости, некачественное выполнение своей работы, нарушение аппетита или переедание, мысли об уходе с работы. На психологическом уровне проблемы и трудности роли по уходу могут иметь неблагоприятные последствия – заниженную самооценку, стресс, ощущение беспомощности, самообвинение и, возможно, жестокое обращение с пожилыми подопечными и пренебрежение своими обязанностями. Эти негативные эмоции могут быть серьезным источником депрессивной симптоматики и признаком нагрузки на работников, что может привести к повышенному риску насилия по отношению к пожилым людям (D'Aust, Brewster, & Rowe, 2015). Было обнаружено, что наиболее часто упоминаемой эмоцией является депрессия опекуна, за которой следуют гнев, тревога, обида, раздражительность, враждебность и суицидальные мысли (Lin, 2020).

Интересно, что в исследовании с участием пациентов с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними (Gimeno et al., 2021), казалось, что наличие поведенческих нарушений, таких как агрессия и раздражительность на средней стадии заболевания, также может быть связано с нагрузкой на лиц, осуществляющих уход и жестоким обращением с пожилыми людьми. Другие идентифицируемые предупреждающие знаки при работе с неформальными опекунами, которые могут стать агрессивными, связаны с когнитивными функциями опекуна, поскольку есть опекуны, которые сталкиваются с трудностями при концентрации на конкретных задачах, испытывают разочарование в отношении мира и будущего, безнадежность и навязчивые образы. Кроме того, как высокий уровень ухода, так и низкие социальные ресурсы связаны с низким уровнем удовлетворенности жизнью. Важно отметить, что низкая удовлетворенность жизнью может привести к потенциально опасному поведению лиц, осуществляющих уход, что может рассматриваться как ранний признак жестокого обращения с пожилыми людьми или пренебрежения ими (Borg & Hallberg, 2006).

Таким образом, уход может нанести вред качеству жизни неформального опекуна на нескольких уровнях и привести к насильственному и агрессивному поведению. В частности, уход за пожилым человеком может спровоцировать страдания, плохое состояние здоровья и потенциально вредное поведение работника по отношению к своим подопечным. Ответственность и обязанности, связанные с этой работой, сопровождаются серьезным эмоциональным, финансовым и социальным напряжением. Согласно исследованиям пациентов, перенесших инсульт (Oliva-Moreno et al., 2018; Bugge, Alexander, & Hagen, 1999), такое напряжение, без сомнения, состоит из множества элементов и влияет на здоровье и поведение работников. Хотя напряжение не было прямо связано с местом жительства подопечного и самим фактом оказания услуг, было обнаружено, что чем больше заботящееся лицо тратит на заботу о пожилым человеком, чем тяжелее перенесенный инсульт, чем хуже здоровье (как физическое, так и психическое) пожилого человека, тем больше риск что работник или опекун станут с ними жестокими и пренебрежительными (Pinquart & Sörensen, 2007). Поэтому важно учитывать, какое напряжение испытывают те, кто ухаживает за пожилыми людьми.



2.8 Обеспечение защиты взрослых

Обеспечение защиты взрослых означает защиту права взрослого человека на безопасную жизнь, свободную от жестокого обращения и пренебрежения. Для предотвращения возникновения подобных ситуаций, учреждения и специалисты должны иметь четкое представление о своей роли в защите взрослого человека, будь то в качестве упреждающей функции или функции ответных действий. Есть люди, которые в силу своих потребностей больше подвержены риску стать жертвами жестокого обращения или пренебрежения, а именно люди, нуждающиеся в уходе и помощи, например пожилые люди или люди с ограниченными возможностями и люди, имеющие трудности в общении. В обоих случаях уязвимость этих людей может помешать им идентифицировать оскорбительное поведение и сообщить о нем. Иногда люди могут даже не осознавать, что они подвергаются насилию, особенно если у них есть нарушения когнитивных функций (Stevens, 2013).

Некоторые личные характеристики или жизненные обстоятельства повышают вероятность того, что кто-то станет жертвой жестокого обращения или пренебрежения (Pillemer, Burnes, Riffin & Lachs, 2016). Личные характеристики могут включать в себя возраст, физические или умственные недостатки, особые образовательные потребности и любые психические или физические заболевания. Их обстоятельства могут включать в себя изоляцию или одиночество, финансы, работу и условия жизни.

Цели защиты взрослого человека (Somerset Safeguarding Adults Board):

- Предотвращение причинения вреда и снижение риска жестокого обращения или пренебрежения к взрослому человеку, нуждающемуся в уходе и помощи.
- Прекращение жестокого обращения или пренебрежения, всегда, когда это возможно.
- Защита взрослого человека путем оказания им помощи в принятии решений и контроля того, как они хотят жить.
- Продвижение метода, направленного на улучшение жизни соответствующего взрослого человека.
- Повышение осведомленности общественности с тем, чтобы сообщества в целом вместе с профессионалами играли свою роль в предотвращении, выявлении и реагировании на жестокое обращение и пренебрежение.
- Предоставление информации и оказание поддержки доступными способами с тем, чтобы помочь людям понять различные виды жестокого обращения, как оставаться в безопасности и что делать, чтобы поднять вопрос о безопасности или благополучии взрослого человека.
- Устранение причин жестокого обращения или пренебрежения.

К сожалению, жестокое обращение может иметь место в любой ситуации: в процессе ухода, при сестринском уходе, в жилых помещениях или детских садах, в больницах и местах лишения свободы, в службах поддержки в собственных домах людей, а также в других местах, например, в общественных местах или местах, ранее считавшихся



безопасными (Департамент здравоохранения, 2000). Многие взрослые люди в основном стареющем европейском населении сталкиваются с ограничениями из-за инвалидности или недостаточных личных способностей. Уязвимые взрослые люди сталкиваются с проблемами и трудностями в защите своих прав, отстаивании своих интересов и доступе к правосудию. В этом смысле принятие инициатив, гарантирующих защиту таких людей, имеет решающее значение.

2.9 Помощь жертвам домашнего насилия и существующая помощь опекуну

Помощь жертвам

При оказании помощи пожилым жертвам, их безопасность всегда должна быть приоритетной задачей. Вмешательство не должно ухудшать ситуацию. Однако, если ситуация опасна для жизни, то специалисты должны немедленно принять меры для защиты пострадавшего. Важно помнить, что умственно дееспособные пожилые люди имеют право делать выбор, который другим может показаться необдуманным или причиняющим вред. Такие решения не означают, что у пожилого человека недостаток умственных способностей.

Важным аспектом, который следует учитывать, является восприимчивость к другим культурам, которая жизненно важна для установления доверия между жертвой и специалистом; это способствует общению и принятию вмешательства. Специалисты должны осознавать свои убеждения, ценности и предрассудки, чтобы понимать образ жизни других людей. Тем не менее, культурные или религиозные убеждения никогда не могут оправдать незаконное поведение. Наконец, все вмешательства должны быть сосредоточены на потребностях клиента, даже если насилие непреднамеренное или клиент является насильником.

Различные аспекты ситуации клиента должны быть проанализированы и рассмотрены. Специалисты должны уважать право пожилых людей на конфиденциальность. Тем не менее, это не должно быть препятствием для принятия мер. Конфиденциальность должна быть сбалансирована с возможными последствиями бездействия и потенциальными рисками. Профессионалы не могут использовать конфиденциальность, чтобы оправдать неспособность отреагировать на насилие. Тем не менее, обмен соответствующей информацией с коллегами может быть оправдан, чтобы помочь им лучше выполнять свои обязанности.

Если пожилой человек сообщает об обстоятельствах или случаях жестокого обращения, специалисты должны попытаться собрать как можно больше информации, чтобы получить общее представление о том, что произошло. Они должны использовать следующие вопросы (Perttu & Laurola, 2020):

- Узнать все о случае жестокого обращения или пренебрежения: что, как, когда, как часто?
- Кто преступник(и)?



- Обращался ли пожилой человек за помощью в сложившейся ситуации? Если да, то что произошло?
- Имеет ли пожилой человек возможность кому-либо довериться или с кем-либо связаться в случае, если ситуация насилия повторится?
- Как пожилой человек видит ситуацию: хочет ли он изменить ее и нужна ли ему помощь? Если да, то каким образом?
- Что могло бы заставить их чувствовать себя в большей безопасности в текущей ситуации?
- Необходим ли им план обеспечения безопасности?

Помощь неформальному опекуну

Стресс, связанный с тем, что вы посвящаете время и энергию чужому благополучию, может потребовать физических или умственных усилий, а уход может стать изолирующим опытом независимо от возраста. Однако основной причиной эмоционального выгорания и депрессии является чувство бессилия. Для оказания помощи неформальным опекунам, люди вокруг них должны быть чуткими и понимающими. Поскольку забота о близком человеке может быть очень полезной, человек, осуществляющий уход, не должен забывать о своих собственных потребностях. Крайне важно побуждать лиц, осуществляющих уход, уделять время себе и уделять первоочередное внимание своему здоровью. Опекуны часто сталкиваются со всеми проблемами самостоятельно и отказываются от помощи, утверждая, что все под контролем. В то же время повышается уровень стресса и углубляется чувство беспомощности. Поэтому важно побуждать их искать дополнительную поддержку.

Оказывая поддержку семейному опекуну, необходимо понимать, что то, что посторонний человек считает помощью, на самом деле может оказаться бесполезным. Итак, преследуя лучшие намерения, существуют ограничения на количество готовых блюд или брошюр с соответствующей информацией, в которой нуждается лицо, осуществляющее уход. По мнению Джейкобса (2017), «логистическая, финансовая и особенно эмоциональная помощь жизненно важны для поддержки лиц, осуществляющих уход, которые борются с длительным уходом. Однако для того, чтобы действительно изменить ситуацию, эти усилия должны быть тщательно адаптированы к обстоятельствам, личности и предпочтениям конкретного лица, осуществляющего уход. Необходимо, чтобы будущие помощники осторожно интересовались потребностями лиц, осуществляющих уход, и гибко реагировали на их желания».



1. Метод критических инцидентов (Метод критических инцидентов Фланагана, 1957 год)

Описание: Фасилитатор группы читает участникам историю жестокого обращения с пожилыми людьми. Затем фасилитатор предлагает участникам разбиться на небольшие группы и решить, какую роль (косвенную или прямую, активную или нет) они хотели бы иметь позже в игре. Фасилитатор просит участников высказать свои мысли, мнения и чувства по поводу прочитанной им истории. Фасилитатор просит их высказать все свои мысли, указывая на то, что неправильных мыслей не бывает, и в группе безопасно выражать свои чувства точно так же, как если бы они были наедине с собой.

Примечание. Фасилитатор не должен говорить участникам, что это история о жестоком обращении. Фасилитатор позволяет участникам высказаться о том, как они относятся к представленной им истории, существующему в них поведению, формам насилия или, возможно, выразить некоторый личный опыт. В конце упражнения фасилитатор переходит к открытому диалогу между участниками, излагая всю теоретическую основу.

Теоретическая основа (рассказать о следующем):

- Что такое насилие?
- Формы насилия и жестокого обращения
- Признаки насилия и жестокого обращения
- Права жертв
- Права и обязанности специалистов в раскрытии случаев насилия и жестокого обращения
- Способы лечения и защиты
- Множественные риски жестокого обращения с пожилыми людьми

2. Гендерные стереотипы и факты в отношении пожилых людей

Описание: Упражнение выполняется в группах (4-5 человек). Фасилитатор дает каждой группе фразу, общее и стереотипное понимание гендерных ролей (каждая группа может использовать примеры, распространенные в стране, например, жестокое обращение с пожилыми людьми в основном затрагивает пожилых женщин; пожилые мужчины работали намного тяжелее, чем молодые мужчины; у мужчин преклонного возраста были более высокие ценности; пожилые женщины умели содержать свою семью, в прошлом не было жестокого обращения и т. д.).

У группы есть 15 минут, чтобы обдумать данную им фразу и привести аргументы в обосновании этой позиции, даже если они не согласны. Фасилитатор призывает участников привести аргументы, основанные на том, что распространено в обществе, и доказательствах, подтверждающих эту фразу. Затем у участников есть 5 минут, чтобы изложить свои аргументы перед большой группой (всеми участниками) и обосновать свою позицию. Затем участников снова делят на группы и дают 20 минут на то, чтобы



привести аргументы, оспаривающие данную им фразу, и в то же время сформулировать хотя бы один аргумент как несогласие с каждой из других фраз, поддерживаемых другими группами в большой команде. После окончания этой групповой работы все участники снова объединяются в большую команду. У них есть 10 минут, чтобы представить свои мысли. В большой группе (все участники вместе) обсудите все сказанное. Участники должны обосновать свои взгляды и представить свою финальную позицию, а также определить, изменилась ли их финальная позиция в связи с тем, что было сказано во время групповой работы и обсуждения.

3. Ролевая игра

Описание: Фасилитатор просит добровольцев взять на себя роли по сценарию (случай будет о пренебрежении-жестоким обращении с пожилым человеком), который им прочитает фасилитатор. Первый доброволец будет играть роль подопечного пожилого человека, второй — опекуна, а остальные участники будут наблюдать за взаимодействием между ними. Фасилитатор информирует актеров, читает им сценарий, и они играют ту роль, которую взяли на себя. После того, как они закончат чтение сценария, попросите наблюдателей высказать свои мысли, рассказав о том, как им представлялись эти отношения подопечный-опекун, как они охарактеризовали бы эти отношения и их общение, и какие признаки жестокого обращения или пренебрежения они наблюдали. Фасилитатор спрашивает их, как бы они отреагировали, если бы каждый участник оказался в такой ситуации. В завершении, фасилитатор просит главных действующих лиц рассказать, что они чувствовали, играя свои роли, и каковы их доминирующие эмоции.

Главные действующие лица также пытаются ответить на следующие вопросы:

- Как можно охарактеризовать эту связь?
- Каковы основные черты этого взаимодействия/общения? Запишите их.
- Что должен делать опекун? Какие действия опекун предпринимает или не предпринимает сейчас?
- С какими проблемами или трудностями сталкивается опекун?
- Как эти проблемы или трудности влияют на выполнение профессиональной роли опекуна?
- Как мог отреагировать подопечный?
- В какое агентство/организацию/орган или к каким специалистам можно обратиться за помощью и поддержкой?
- Как можно улучшить отношения между подопечным и опекуном?

Возможные сценарии ролевой игры:

Первый сценарий:

Разговор во время процедуры кормления пожилой женщины ее опекуном:



Пожилая женщина: «Мне трудно есть эту пищу. У меня болят зубы».

Опекун: «Это все, что я приготовила на сегодня. Ешьте».

Пожилая женщина: «Ну и что? Мне еда не нравится».

Опекун: «Я не собираюсь выбрасывать еду. Я что, зря готовила? Вы должны съесть это!»

Пожилая женщина: Я не собираюсь ничего есть. Я говорила вам, что не могу жевать твердую пищу.

Опекун: Мне все равно. Либо ешьте, либо останетесь голодной.

Опекун, в то время как пожилая женщина ест пищу с большим трудом, резко оставляет флаконы с лекарствами на столе, не обращая внимания на то, приняла ли пожилая женщина необходимые дозы или нет. Она продолжает заниматься другими делами по дому.

Опекун: «Я устала от вас! Вы продолжаете жаловаться на все! Как только я найду другую работу, я уйду! Вы не способны ничего делать сами! Посмотрим, что вы будете делать без меня!»

Напуганная пожилая женщина не отвечает на бормотание опекуна, молча кушая. Ей очень грустно, но она ничего не комментирует. Под постоянной угрозой быть брошенной пожилая женщина продолжает оправдывать опекуна.

Пожилая женщина: «Прости меня, дитя мое. Это моя вина! Я очень старая, но иногда я веду себя так, будто не уважаю твои старания. Пожалуйста, не оставляй меня».

Второй сценарий:

Госпоже Марии 73 года. Месяц назад, убирая сад, она упала и повредила тазобедренный сустав. С тех пор ей пришлось нанять женщину, чтобы она заботилась о ней и помогала ей, поскольку она даже не может встать с постели сама. Опекун часто говорит резко или пренебрежительно относится к госпоже Марии.

Пожилая женщина сидит на стуле и смотрит телевизор, а опекун занят своим мобильным телефоном.

Пожилая женщина: «Я хочу пить».

Опекун: «Стакан с водой возле вас. Пейте».

Пожилая женщина: Я не могу дотянуться до стакана.

Опекун: Попытайтесь. Это достаточно близко. Не ждите, что я буду подавать вам все, что вы хотите.



Пожилая женщина пытается достать стакан со стола, который находится рядом с ней. Стол опрокидывается, и предметы со стола падают на пол.

Опекун: «Вы бесполезный человек! Вы ничего не можете сделать сами. Я не могу все время собирать ваше дерьмо».

Пожилая женщина: «Прости, прости».

Опекун: «Больше не говорите мне ничего. Я не могу подавать вам все. Я здесь, чтобы помочь вам что-то сделать; Я не ваша прислуга!»

Пожилая женщина: «Пожалуйста, я хочу пить. Можешь принести мне воды?»

Опекун: Я даже не хочу слышать ваш голос! Вам придется подождать, пока я уберу.

Пожилая женщина хочет пить, но молчит и продолжает извиняться перед опекуном.

Третий сценарий:

Госпоже Мании 66 лет. Несколько лет у нее наблюдались признаки деменции. Она довольно независима и все делает сама, но часто испытывает трудности и нуждается в помощи. Из-за этого ее дети наняли опекуна, который несколько раз в день навещал ее, чтобы проверить, не нужно ли ей что-нибудь и все ли в порядке. Однако опекун часто не ходит, предоставляя ее детям ложную информацию и говоря им, что все в порядке, даже если он даже не появлялся в доме госпожи Мании. Он часто пытается убедить госпожу Манию, что уже был у нее в гостях, а она просто плохо помнит.

Пожилая женщина: «Вы можете проверить, принимала ли я лекарство днем? Не помню, выпила ли я их. Я ждала вас днем, но вы не пришли. Что-то случилось?»

Опекун (даже не проверяя коробку с лекарствами): «Госпожа Мания, вы приняли лекарство днем. Я дала их вам после того, как мы закончили обедать».

Пожилая женщина: «Вы дали их мне? Но вас не было здесь днем».

Опекун: Госпожа Мания, вы, наверное, сейчас этого не помните. Днем мы долго сидели вместе.

Пожилая женщина: «Я ничего этого не помню».

Опекун: «Это не имеет значения, госпожа Мания. Не волнуйтесь. Иногда такое случается. Вот почему я напоминаю вам. Не волнуйтесь».

Пожилая женщина: «Пожалуйста, не говорите моим детям. Они будут очень переживать за меня, и я не хочу их расстраивать еще больше».

Опекун: «Не волнуйтесь. На этот раз я ничего им не скажу, но, возможно, мне придется рассказать им в дальнейшем».



Пожилая женщина: «Слава Богу, вы есть в моей жизни».

Опекун часто получает небольшие суммы денег от госпожи Мании. Он сообщает ее детям о том, что соседские дети, зная о состоянии госпожи Мании, навещают ее и просят у нее денег. Он даже убеждает их, что ее состояние ухудшается, из-за чего необходимо чаще навещать ее, чтобы защитить от подобного поведения. В связи с увеличением частоты посещений он также просит прибавку к зарплате. Дети полностью доверяют опекуну, потому что у него есть хорошие рекомендации от предыдущих семей, с которыми он работал, и соглашаются со всем, что он предлагает. Кроме того, якобы тесная связь, которую он создал с их матерью, значительно повлияла на них, чтобы они приняли все, о чем он просил.

4. Признание насилия в отношениях подопечный-опекун и создание плана обеспечения безопасности

Описание: Фасилитатор зачитывает участникам тематическое исследование, касающееся жестокого обращения с пожилым человеком со стороны опекуна (хорошо использовать несколько тематических исследований, в которых сообщается о различных формах насилия в отношении подопечных, например, физическом, психологическом, финансовом насилии, пренебрежении, или чрезмерная забота). Фасилитатор просит участников сообщать обо всех признаках жестокого обращения, а также о формах жестокого обращения. Затем фасилитатор просит участников сформулировать личный план безопасности для подопечного, учитывая их роль в качестве опекунов. В частности, фасилитатор просит участников по каждому признаку жестокого обращения и насилия предложить способы обращения и действия, которые необходимо предпринять для обеспечения защиты и безопасности жертвы.

Вопросы, на которые нужно ответить:

- Какой вид насилия применяется?
- Кто жертва, а кто преступник?
- Что вызывает насилие по отношению к жертве?
- Как жертва реагирует на насилие?
- Как преступник реагирует на насилие? Признает ли преступник насилие таким, какое оно есть? Называет ли преступник насилие также, как оно называется? Является ли насилие косвенным или непреднамеренным?
- Как насилие влияет на всех участников?
- Есть ли кто-нибудь, кто может попросить о помощи?
- Какие действия предпринимаются для защиты от насилия при его применении?
- Как можно предотвратить насилие в будущем?

Тематические исследования заключаются в следующем:



Случай Марии

Госпоже Марии 69 лет. Она никогда не была замужем и никогда не была вдали от своей семьи, братьев и сестер. У г-жи Марии нарушена когнитивная функция, и для нее всегда считалось необходимым находиться рядом с людьми, которые могли бы заботиться о ней и защищать ее. Она выросла в семье, где все особенно заботились о старшем брате, страдающем диабетом, и особенно госпожа Мария всегда следила за тем, принимает ли брат лекарства, а также осуществляла уход за ним. После смерти родителей г-жа Мария постоянно жила в одном доме со своим старшим братом г-ном Никосом, которому было 76 лет, и он был не женат. Госпожа Мария заботится о своем брате, одновременно тратя на него значительную часть своей пенсии. Она полностью доверяет своему брату и считает, что он единственный, кто заботится о ней, и единственный, кто будет заботиться о ней при любых обстоятельствах. Г-н Никос использует большую часть этой суммы на игры в ставки. При этом свою пенсию он не тратит ни на покрытие потребностей обслуживания своего дома и бытовых нужд, ни, конечно же, на покупку своих лекарств, потому что считает это обязанностью госпожи Марии. Госпоже Марии очень трудно финансово справляться с бытовыми нуждами. Но, хотя она и просит господина Никоса о помощи, он не только отказывается помогать ей, но и постоянно агрессивно разговаривает с ней и оскорбляет ее.

Кроме того, г-н Никос несколько раз приглашал в дом проституток и заставлял г-жу Марию запирается в своей комнате и не беспокоить их. Месяц назад, во время сильной ссоры, г-н Никос толкнул г-жу Марию, которая упала и повредила тазобедренный сустав и позвоночник, в результате чего она была обездвижена и получала постоянный уход. Г-жа Мария сказала врачам в больнице, что ее несчастный случай произошел из-за ее халатности и что ей не потребуется дополнительная помощь, потому что она уверена, что ее брат позаботится о ней, и они справятся сами, как они всегда это делают. Однако г-н Никос не оказывает миссис Марии никакой помощи. Все деньги из ее пенсии он оставляет себе, потому что, как он утверждает, именно он теперь заботится обо всем в доме, но он не покупает ей нужные лекарства. Ведь он говорит, что ему не хватает денег.

Более того, г-н Никос оставил госпожу Марию неопрятной, не обеспечив ее надлежащей едой и не позаботившись о ее гигиене. Соседи часто слышали, как г-жа Мария кричала от боли и умоляла г-на Никоса дать ей воды или еды, но, похоже, г-н Никос не реагирует на ее просьбы и нужды. Кроме того, мистер Никос несколько раз ударил г-жу Марию, особенно когда она жаловалась и кричала. Недавние медицинские осмотры показали ухудшение ее состояния. Также существует вероятность необратимого нарушения ее подвижности.

Случай Хельми

Хельми 68 лет, она живет в маленьком городке, в своем доме с прекрасным цветником. Ее муж умер несколько лет назад. У них был счастливый брак. У нее есть двое детей. Оба имеют свои семьи и живут в 200 км от столицы. Они стараются навещать маму как можно



чаще, но из-за удаленности от места ее проживания, постоянной работы и детей, в основном они приезжают к ней на день рождения и на праздники. По-видимому, Хельми стала немного забывчивой; она теряет свои вещи (очки, телефон и книги). Несколько раз, когда дети не могли дозвониться до нее по телефону, они наняли опекуна, чтобы он раз в неделю приходил к Хельми. Они познакомились и наняли 42-летнего Тайво через местный дом престарелых. Тайво должен был приходить к Хельми раз в неделю и приносить ей продукты и другие предметы первой необходимости.

Проходит несколько недель, и обычно всегда веселая Хельми кажется несчастной и рассеянной, когда разговаривает со своими детьми по телефону. Дочь, которая время от времени навещает Хельми, замечает, что она не такая разговорчивая, кажется усталой, а ее клумбы, которые обычно вызывают у нее гордость и радость, остаются без присмотра. Она пытается поговорить с Хельми, но Хельми утверждает, что она просто устала. Когда ее спросили, помогает ли ей Тайво, она избежала зрительного контакта и сменила тему. Несколько недель спустя дочь Хельми была очень обеспокоена тем, что она не отвечала на звонки в течение двух дней. После этого она едет домой к Хельми. Никто не открывает дверь, но она не заперта, поэтому она входит. Она зовет ее, и, хотя никто не отвечает, она понимает, что кто-то находится на кухне. Хельми сидит за кухонным столом, а рядом с ней пустая бутылка из-под водки — она пьяная. Она очень удивлена, потому что знает, что Хельми не пьет алкоголь, разве что немного шампанского на праздниках. Дочь помогает Хельми добраться до ее спальни и замечает, что постельное белье находится в беспорядке, а также видны следы крови. Хельми трезвеет, начинает плакать и извиняться за беспорядок. Дочь пытается ее успокоить, заваривает кофе и просит Хельми объяснить, что произошло. Хельми очень не хочет что-либо говорить, но в конце концов признается, что опекун, Тайво, жестоко с ней обращался. Все началось со случайных прикосновений. Затем он настоял на том, чтобы помочь ей принять душ, хотя она вполне способна сделать это сама. И вот, в итоге, прошлой ночью он применил к ней силу.

Случай Анны

Госпоже Анне 67 лет, она живет одна в доме в деревне. У нее двое детей, которые работают и имеют свои семьи. Они много работают и имеют минимум времени, чтобы навестить свою мать. Они довольно часто разговаривают по телефону. Последние три года она стала все чаще и чаще что-то забывать. Два месяца назад она забыла включить свет на кухне и чуть не подожгла дом. К счастью, мимо дома проходила родственница госпожи Анны и увидела, что она сидит в саду, а из кухни идет дым. Родственница сообщила своим детям, и они решили нанять кого-нибудь, кто бы мог позаботиться об их матери. Поэтому они решили нанять кузину из деревни, чтобы она позаботилась о ней. Госпожа Анна также хорошо знала свою кузину и согласилась с этим решением. Эта женщина ничего не знала об уходе за пожилыми людьми. Она часто резко говорила с госпожой Анной, кричала на нее, когда она много раз повторяла ей что-то, или забывала и путалась в разговоре. Она позволяла госпоже Анне принимать лекарства



самостоятельно, иногда она принимала их более одного раза. Дети со своей матерью посетили ее врача, которая сообщила им, что анализы матери плохие, и необходимо выяснить причину.

Случай Василиса

Г-ну Василису 67 лет, у него уже несколько лет диагностирован рассеянный склероз. Он был женат на госпоже Элине 43 года, у них двое детей. Их сын женат и имеет свою семью, а дочь разведена и вернулась в родительский дом. С ними живет их несовершеннолетняя внучка, которой семь лет. За последние пять лет состояние здоровья г-на Василиса ухудшилось, в результате чего он нуждается во все большем уходе и заботе, как психологической, так и практической. Госпожа Элина взяла на себя полную заботу о г-не Василисе. Кроме того, она пыталась содержать их дочь (например, уход за несовершеннолетней дочерью, материальная помощь, психологическая поддержка и т. д.). Два года назад госпожа Элина скоропостижно скончалась. С тех пор о господине Василисе заботится их дочь Марианна.

Однако Марианна была резка со своим отцом, обвиняя его в нежелании что-то делать и в том, что все делать ей приходится самой. В результате г-н Василис часто остается без еды, прикован к определенному месту, не может двигаться или остается невымытым в течение нескольких дней, ожидая, пока его дочь поможет ему. Марианна убедила отца передать ей управление всеми его активами и финансами, чтобы она могла проводить все операции. Г-н Василис несколько раз разговаривал со своей дочерью и сыном, говоря, что он не может терпеть такое обращение и что, возможно, было бы лучше нанять сиделку для ухода за ним. Марианна обвиняет его в преувеличении, а его сын Майкл говорит ему, что он должен думать о своих детях и не оказывать большего давления на Марианну. Марианна так старается для всех и у нее есть свои проблемы. Родители – это те, кто помогает детям. Недавно Марианна сказала своему отцу, что, если он продолжит жаловаться и не ценить то, что она делает, она «отправит его в дом престарелых». Г-н Василис чувствует вину за свои жалобы и состояние здоровья и пытается оправдаться перед дочерью. Некоторое время назад Марианна принесла отцу какие-то лекарства, якобы прописанные врачом, которые, по ее словам, помогут ему чувствовать себя лучше, больше отдыхать и не делать столько «нервов, которые нужно вымещать на других, которые не виноваты». Г-н Василис доверяет своей дочери и следует ее указаниям. С течением времени г-н Василис спит больше, ест меньше и чувствует усталость. Его здоровье ухудшается, и становится все чаще, когда он уже не может легко двигать своим телом или совершать какие-либо действия.

5. Краткое изложение основных правил работы

Описание: Фасилитатор побуждает их подумать и создать «идеального опекуна». Фасилитатор просит членов команды описать и записать модели поведения, основные



принципы работы, правила обслуживания, трудности и проблемы, с которыми они сталкиваются на работе. Благодаря такому упражнению можно будет изучить нормы и стереотипы, присущие лицам, осуществляющим уход за пожилыми людьми, «критически» изучить восприятие обязательств и обязанностей лиц, осуществляющих уход, а также трудности в формировании и развитии доверительных отношений между лицами, осуществляющими уход, и получателями помощи. Они также смогут изучить и сосредоточиться на соответствующих способах и методах ухода за пожилыми людьми и их защиты, избегая поведения и практики, которые включают методы, которые отрицательно сказываются на формировании здоровых отношений и приводят к оскорбительному поведению.

6. Проективные методики: Восприятие себя как неформального опекуна (Вариация проекционного теста Махвера «Нарисуй человека»)

Описание: Фасилитатор помогает участникам понять свою роль и то, как ее играть, предлагая им почувствовать себя опекунами. Затем попросите их письменно или устно ответить на несколько вопросов:

- Где находится опекун?
- Каковы обязанности опекуна? Какую работу она/он выполняет?
- Какую работу опекун должен выполнять и какую не должен?
- Что чувствует опекун?
- Какова окружающая среда?
- Кто еще находится рядом с опекуном?
- Какие чувства у опекуна по отношению к другим?
- Как он/она переживает свой контакт с другими людьми, и как бы он/она хотел(а) бы испытать его в идеале?

Фасилитатор спрашивает участников, есть ли что-то еще, что они хотели бы упомянуть.

7. Изложение методов и ценностей

Описание: Фасилитатор зачитывает участникам следующие предложения и просит их согласиться или не согласиться с ними (используя шкалу Лайкерта). Как только фасилитатор закончит читать предложения, он/она обсуждает ответы со всей группой.

	Изложения	Согласен	Не согласен	Зависит от случая



1	Неосознанное насилие является насилием.			
2	Насилие в отношениях может начаться в более старшем возрасте.			
3	Женщины и мужчины могут подвергаться жестокому обращению в более старшем возрасте, особенно если они имеют инвалидность или зависят от других.			
4	Жестокое обращение с пожилыми людьми является преступлением.			
5	Психологическое/эмоциональное насилие не так важно, как физическое насилие.			
6	Жестокое обращение и пренебрежение к пожилым людям случаются редко.			
7	Агрессивное поведение пожилого человека с деменцией или другими расстройствами по отношению к социальному опекуну является жестоким обращением к опекуну.			
8	Жестокое обращение со стороны пожилых людей всегда связано с употреблением психоактивных веществ или психическими расстройствами.			
9	Пожилые женщины более уязвимы для жестокого обращения, чем пожилые мужчины.			
10	Жестокое обращение может привести к преждевременной смерти пожилых людей, которые стали жертвами.			



11	Бывают случаи, когда ограничение свободы и/или прав пожилого человека необходимо и не может считаться насилием.			
12	Когда пожилой человек не говорит, что его что-то беспокоит, значит, он не испытывает никакого дискомфорта, и уж точно это не насильственное поведение.			
13	Поддразнивание или частый намек на слабости или трудности пожилого человека является шуткой и создает близкие отношения между лицом, осуществляющим уход, и пожилым человеком.			
14	Пожилему человеку легко выразить свои чувства и признать, что он подвергается насилию.			
15	Во многих случаях жестокое обращение происходит со стороны опекунов, чем со стороны пожилых людей.			
16	Для опекунов является нормой реагировать более агрессивно в какой-то момент, когда пожилые люди постоянно реагируют негативно и плохо себя ведут.			
17	Опекун может быть лучше осведомлен о потребностях пожилого человека, поэтому иногда его необходимо настаивать на чем-то.			
18	Спрятав предметы или ограничив прямой доступ к ним, можно защитить пожилого человека от потенциальных опасностей.			



Раздел 3: Уроки, извлеченные из семинаров «Послушай мою историю».

Теоретическая часть

На данный момент важно отметить, что семинар для неформальных опекунов, основанный на повествовании, координировался Греческой ассоциацией болезни Альцгеймера и сопутствующих расстройств (Alzheimer Hellas) в тесном сотрудничестве с партнерами «S.IN.CA.L.A. II – Поддержка неформальных опекунов: проект «Метод, ориентированный на всю семью и жизненный путь»». Были разработаны три специальные программы семинаров: одна для супругов, одна для взрослых детей и одна для внуков/молодых опекунов. На каждом семинаре рассматривались проблемы целевой группы, касающиеся возраста и родства с человеком, о котором они заботятся. Каждый из трех семинаров состоял из 3-5 занятий примерно по 90 минут каждое и тестировался с участием опекунов. Семинар «Послушай мою историю» был запущен в период с сентября по ноябрь 2021 года в Эстонии, Греции, Италии, Португалии и Словении. Всего мы привлекли 68 участников: 22 супруга, 32 ребенка, восемь внуков и шесть других лиц, осуществляющих уход за людьми с хроническими заболеваниями. Участники очень хорошо восприняли и усвоили метод на основе повествования во всех странах. Семинар проводился только онлайн в некоторых местах апробации (из-за пандемии COVID-19 и ограничений). Оба способа проведения (т. е. онлайн и очно) имеют свои плюсы и минусы. В то время как онлайн-модальность является эффективным решением для преодоления проблем, связанных с пандемией COVID-19, управлением временем и децентрализацией вмешательства, очная модальность обеспечивает более широкое вовлечение и участие. Детская группа была наиболее доступной и уверенной в участии в сеансе.

Напротив, группам супругов и внуков требовалось больше времени, чтобы понять метод и рассказать о своих чувствах и переживаниях. В Италии были признаны гендерные различия; детская группа состояла только из участниц женского пола. В группе супругов мужчины и женщины были представлены поровну.

3.1 Примеры проблемных вопросов, поднятых на семинарах, и возможные решения

В большинстве стран участники изначально неохотно делились своими взглядами и чувствами. Следовательно, их нужно было мотивировать и направлять. Последнее было достигнуто благодаря тому, что инструкторы поделились своими взглядами и идеями с другими, что позже побудило участников сделать то же самое. Основными факторами, которые, по признанию инструкторов, способствовали первоначальной твердой мотивации людей к участию, были аспект «опыта сверстников» и способность людей к сопереживанию.



В целом во всех странах широко обсуждались следующие темы: чувство вины, гнев и одиночество, отсутствие поддержки и потребность просить о помощи, потребность делиться чувствами с другими, влияние заботы на личность опекуна и преодоление проблем со здоровьем/трудностями, связанных с деменцией. Основными темами, обсуждаемыми с детьми, были обязанность заботиться о человеке, пренебрежительное отношение человека к ним (также словесное оскорбление), отрицание, несдержанность человека принимающего уход, поведенческие вспышки при соблюдении гигиены, трудности с выполнением работы и обязанностей по уходу, финансовые проблемы, опасения по поводу ухудшения здоровья человека принимающего уход, чувство вины и низкая самооценка. Супруги обсудили изменившуюся любовь, изменения в отношениях, плохое качество сна из-за обязанностей по уходу, страх перед будущим и прогрессирование болезни, институционализированную опеку и личную борьбу с желанием опекуна остаться дома, а также согласование решений с другими членами семьи. Внуки также обсуждали социальную жизнь, неуверенность в решении ситуаций с человеком принимающим помощь, изменениями в поведении, изменениями в отношениях с человеком.

В группах использовались следующие стимулы: «Поэма друзьям» (Борхес), «Ты учишься» (Борхес), «Маленький принц» (Де Сент-Экзюпери), «Старик и море» (Хемингуэй), «Моби Дик» (Мелвилл) — Глава 82. Симфония (Тон Павчек), Простые слова (Ивана Малкоч), Тень (Божо Рустия), Истории для разговора: Чудовище в поле (Тон Павчек), Бытие в настоящее время и греческая мифология, История Тесея (Смерть Эгея). 71% участников остались довольны выбранной литературой и сказали, что она им понравилась. Однако, как упоминалось в разделах выше, некоторые (29%) заявили, что этого достаточно.

Рассматривались следующие темы:

- Трудности в развитии настоящей дружбы и восприятию дружбы как чего-то отличного от того, что описано в побуждающем стихотворении (считается нереалистичным). Некоторые люди упомянули, что потеряли друзей из-за заботливой роли, но нашли новых (например, в группах поддержки сверстников для опекунов).
- Проблемы взросления, примирения со своей жизнью и неудачи в достижении некоторых целей. Участники также размышляли о своих пожилых получателях помощи и о том, какие у них могут быть цели и амбиции в жизни, несмотря на их возраст. В тексте также отражена идея борьбы и того, как иногда борьба в жизни формирует нашу идентичность.
- Важность других людей, например отражения и слушатели, насколько мы нуждаемся в других людях в нашей жизни. Дело в том, что часто мы посвящаем свою жизнь чему-то, но, может быть, потом понимаем, что это не то, чем мы хотели заниматься. Например, некоторые люди были вынуждены в силу обстоятельств



стать опекунами и вынуждены отказаться от других целей, чтобы взять на себя эту роль.

- Риск изоляции, с которым сталкиваются лица, осуществляющие уход, связан со страхом осуждения со стороны других людей, которые не находятся в такой же ситуации и могут испытывать трудности с пониманием своих чувств. В то же время они подчеркнули важность близости, чтобы иметь кого-то, с кем они могут свободно делиться своими эмоциями и мыслями. Все участники согласились, что им трудно делиться своими страданиями; они к этому не привыкли.
- Трудность принятия болезни своих близких и изменений, которые она влечет за собой. Этот аспект связан с чувством беспомощности, которое они испытывали во время своей деятельности по уходу. Опекун сказал: «Очень тяжело видеть, как состояние человека, которого ты любишь, резко ухудшается».
- Прощение, в основном, как трудно, кажется, простить себя. Опекуны склонны критически относиться к себе, сосредотачиваясь на том, что им не удалось, и пренебрегая всеми повседневными задачами, которые они выполняют. Эта тема привела к разговору о гневе и предоставлении себе права злиться без чувства вины.

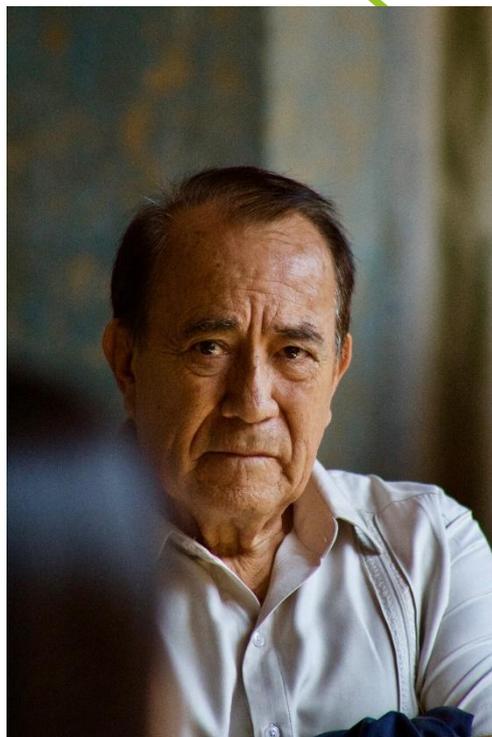
3.2 Как конкретно поступать с выявленными потенциальными случаями насилия/выгорания опекунов и культурными различиями

Как упоминалось выше, неформальные лица, обеспечивающие уход, обычно имеют дело с последствиями ситуации ухода, что приводит к жестокому обращению с пожилыми людьми и выгоранию лиц, осуществляющих уход. Стоит отметить, что существуют различные способы борьбы с потенциальными случаями таких обстоятельств при работе с неформальными опекунами. Подготовка лиц, осуществляющих неформальный уход, должна быть приоритетной задачей для специалистов, работающих с ними. Уровень образования демонстрирует знания об уходе, предоставляемом неофициальными опекунами. Это способствует пониманию болезни и изучению более эффективных способов борьбы с этим процессом и его последствиями для качества жизни лиц, осуществляющих неформальный уход (Souza Alves et al., 2019).

Учитывая решающую роль стратегий совладания в регуляции стресса и последующего бремени при уходе, работа с такими случаями должна включать обучение нескольким методам преодоления (Gérain & Zech, 2019). В целом, использование более широкого спектра стратегий совладания, по-видимому, ведет к снижению субъективного бремени, а лица, осуществляющие уход, с такими стратегиями, как уверенный и оптимистичный подход или позитивная переоценка, и активное преодоление, оказываются менее склонными к эмоциональному выгоранию. Кроме того, специалисты должны определить психологические процессы, связанные с неформальным выгоранием лиц, обеспечивающих уход, чтобы определить те из них, которые оказывают наиболее значительное влияние, и те, которые наиболее перспективны для вмешательства. В то время как некоторые психологические факторы больше связаны с элементами черт



характера (например, личностью), которые трудно изменить, другие могут быть нацелены на вмешательство, чтобы помочь истощенным опекунам или предотвратить проблемы в будущем. Поэтому специалисты должны иметь дело с неформальными познаниями, дисфункциональными мыслями и предполагаемой компетентностью лиц, осуществляющих уход, которые играют важную роль в опыте ухода и являются предикторами бремени и выгорания (Gérain & Zech, 2019).



Профессионалы также должны сосредоточиться на развитии более глубокого понимания того, как качество отношений влияет на эмоциональное выгорание опекуна, и взаимосвязи между оценкой и качеством отношений. Если позитивные отношения могут облегчить часть субъективного бремени, другие элементы, такие как воспринимаемая справедливость, несправедливость или изменение ролей, также могут повлиять на оценку лица, осуществляющего уход (Souza Alves et al., 2019). Таким образом, учитывая тесную взаимосвязь между бременем опекунов и жестоким обращением с пожилыми людьми, представляется разумным, чтобы специалисты прилагали больше усилий для облегчения бремени опекунов и применяли ранние вмешательства для решения своих эмоциональных проблем (Tan et al., 2018). По этой причине улучшение управления симптомами и психологического благополучия получателей помощи может значительно облегчить неформальное бремя лиц, осуществляющих уход, и эмоциональный стресс. Более того, вмешательства, ориентированные на семью или партнера, с конкретными компонентами управления симптомами и эмоциональной поддержкой могут быть вариантом, предлагаемым как пациентам, так и их опекунам. Как представляется, все эти стратегии могут быть эффективно реализованы в различных культурных контекстах.

Практические элементы

Фасилитатор использует тематические исследования (аудио, а не в письменной форме, учитывая трудности в пожилом возрасте), аудиовизуальные материалы и фильмы (например, дневник - тетрадь, человек дождя, любовь с самого начала) для обсуждения конкретных тем главы.

Фасилитатор проводит линию жизни с акцентом на моменты, которые были более эмоционально болезненными для участников.



Описание:

А) Участников просят написать на бумаге две параллельные строки, которыми они будут отмечать важные моменты своей жизни и события, запечатлевшиеся в их памяти и сыгравшие важную роль в их жизни. В верхней строке они будут отмечать события в хронологическом порядке, а во второй - события, начиная с наиболее важных для хода их жизни (независимо от хронологии).

В) Попросите участников подумать и записать все мысли, которые приходят к ним во время этого воспоминания. Какие эмоции преобладают? Какие эмоции, по их ощущениям, все еще существуют в их жизни, и от чего они устали? Например, какие эмоции они сейчас испытывают в меньшей степени? Почему они так себя чувствуют сегодня? Какие важные жизненные события или ситуации способствовали этому изменению их эмоций/чувств? Как это изменение повлияло на их жизнь и карьеру или на их профессиональный опыт?



Раздел 4: Европейский контекст

Теоретическая часть

4.1 Старение населения в ЕС, последствия для общества

Процесс старения ставит новые требования, вызовы и изменения в повседневной жизни людей. Эксперты приводят различные теории старения, в том числе биологические, социологические и психологические (Jylhävä J et al., 2017; Wurm et al., 2010). Процент пожилых людей в более развитых странах постоянно увеличивается, поэтому в будущем процесс старения будет более интенсивным. Чтобы понять процесс старения, нам необходимо рассмотреть его с точки зрения старения клеток человека, что, в свою очередь, приводит к физическим и когнитивным изменениям и приспособлениям к жизни человека.

Демографические изменения в ЕС

Население ЕС-27 стареет: действительно, на 1 января 2019 г. оно оценивалось в 446,8 млн человек, из которых молодежь (от 0 до 14 лет) составляла 15,2 %, а лица, считающиеся трудоспособными (15 до 64 лет) составляли 64,6 % населения. Доля пожилых людей (в возрасте 65 лет и старше) составила 20,3 %, что на 0,3 % больше по сравнению с предыдущим годом и на 2,9 % по сравнению с десятью годами ранее. В этом контексте, что касается доли лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения, самые высокие доли были у Италии (22,8%), Греции (22,0%), Португалии и Финляндии (по 21,8%). Напротив, самые низкие доли были у Ирландии (14,1%) и Люксембурга (14,4%).

Еще одним рассматриваемым демографическим аспектом является зависимость. Коэффициент зависимости пожилых людей используется для изучения уровня поддержки, оказываемой пожилым людям населением трудоспособного возраста; это соотношение выражается в виде относительной численности населения старшего возраста по сравнению с населением трудоспособного возраста. Для ЕС-27 он составлял 31,4% на 1 января 2019 года. Таким образом, на каждого человека в возрасте 65 лет и старше приходилось чуть более трех человек трудоспособного возраста по сравнению со среднемировым показателем 14%.

Рост относительной доли пожилых людей можно объяснить увеличением продолжительности жизни, закономерностью, которая проявлялась на протяжении нескольких десятилетий по мере увеличения ожидаемой продолжительности жизни. С другой стороны, постоянно низкие уровни рождаемости на протяжении многих лет способствовали старению населения, при этом меньшее число рождений ведет к снижению доли молодых людей в общей численности населения. Согласно прогнозам Евростата на 2100 год, население ЕС-27 будет продолжать стареть. В ближайшие десятилетия число пожилых людей значительно возрастет.



Еще одним аспектом старения населения является прогрессирующее старение самого пожилого населения, поскольку относительная значимость очень старых людей растет быстрее, чем любой другой возрастной сегмент населения ЕС-27. Прогнозируется, что доля лиц в возрасте не менее 80 лет в населении ЕС-27 увеличится в два с половиной раза в период с 2019 по 2100 год, с 5,8% до 14,6%. (Евростат, 2021 г.).

Последствия демографических изменений

Демографические изменения в Европе связаны не только с радикальными сдвигами в возрастном составе европейского населения, характеризующимися старением населения и рабочей силы и сокращением населения трудоспособного возраста, но и с влиянием на отношения между поколениями. Семьи становятся меньше (с меньшим количеством братьев и сестер), все более деинституционализируются (внебрачные союзы) и не живут совместно, с новыми сетями родства. Кроме того, модели распада и восстановления семьи делают семьи и родственные связи все более сложными, разнообразными и изменчивыми.

Исследования межпоколенческих отношений и семейного благополучия, проведенные в условиях старения населения, показывают, что вертикально расширенные семьи, насчитывающие более трех поколений, пока нечасты; однако ожидаемое в ближайшем будущем «двойное старение» может изменить картину. Более того, исследования ясно показывают, что процесс старения нельзя свести к сдвигам в возрастном составе. Такие возрастные сдвиги влекут за собой изменения в семейных и социальных структурах, которые влияют на экономическое и субъективное благополучие людей, например, при балансировании рабочих обязанностей и обязанностей по уходу. Это может привести к большему предложению услуг по уходу со стороны тех, кто работает, и большему количеству рабочей силы для людей, которым в противном случае пришлось бы бросить работу, чтобы заниматься уходом (European Union, 2014).

Особые проблемы возникают из-за быстрого увеличения доли самых пожилых людей. Эта группа, вероятно, потребует большего ухода и будет подвержена более высокому риску социальной изоляции, чем более молодые пожилые люди. В большинстве европейских стран мы можем наблюдать сдвиг в предоставлении ухода от институциональных условий к услугам по уходу на дому, при этом уход в учреждениях откладывается на более поздний возраст (СЕВ, 2014), а спрос на неформальный уход, по прогнозам, будет расти. Старение населения в Европе влияет на спрос на неформальный уход и предложение, при этом доля неформальных опекунов увеличивается с возрастом. В то время как распространенность неформального ухода за взрослым населением Европы составляет 17,0%, в возрастной группе старше 50 лет тот же показатель колеблется от 13,5 до 25,6%. (Тур-Синай и др., 2020).

Согласно исследованиям, прогнозируется увеличение ухода со стороны супругов или партнеров, в первую очередь из-за прогнозируемого снижения показателей мужской смертности и вероятного сокращения числа вдов. На уход за пожилыми людьми со



стороны их взрослых детей может повлиять будущая доступность, способность или желание детей обеспечивать уход. На это могут повлиять демографические и социально-экономические факторы, такие как прогнозируемое сокращение числа людей, не имеющих выживших детей, сокращение совместного проживания пожилых людей со своими детьми и продолжающийся рост участия женщин среднего возраста на рынке труда. Прогнозируется, что «разрыв в уходе» (наличие и спрос на неформальных лиц, осуществляющих уход) будет расти из-за лежащих в основе демографических тенденций. Численность пожилых людей, особенно самых старых, растет быстрее, чем численность молодого поколения (Pickard, 2015).

4.2 Европейская политика реагирования на старение населения

Европейский Союз решает проблему демографического старения с помощью различных стратегий, в основном уделяя внимание влиянию старения на рынок труда, здравоохранение и долгосрочный уход. Особое значение для целей настоящего отчета имеют:

Директива ЕС о балансе между работой и личной жизнью вступила в силу в августе 2019 года. Директива вводит ряд законодательных мер, направленных на модернизацию существующих правовых и политических рамок ЕС с целью, среди прочего, лучшего поддержания баланса между работой и личной жизнью для лиц, осуществляющих уход, введение права работников, обеспечивающих личный уход или поддержку родственника, на пять дней отпуска в год и расширение права запрашивать гибкий график работы.

Утверждение Европейской основы социальных прав в 2017 году устанавливает 20 фундаментальных принципов, представляющих маяк сильной социальной Европы. Среди них уместно упомянуть главу III, которая включает в себя принципы, относящиеся к следующему: право на доход в старости, право на своевременный доступ к недорогим, профилактическим и лечебным медицинским услугам хорошего качества, право на инклюзивность для людей с инвалидностью и право на доступные услуги долгосрочного ухода хорошего качества, в частности уход на дому и услуги по месту жительства.

Запуск новой «Зеленой книги» о проблемах и возможностях стареющего европейского общества начался в январе 2021 года и направлен на применение подхода на основе жизненного цикла, отражающего универсальное влияние старения на все поколения и этапы жизни. При этом он подчеркивает важность достижения правильного баланса между устойчивыми решениями для наших систем социального обеспечения и укреплением солидарности между поколениями.

4.3 Лучшие практики, сети, психосоциальные вмешательства и другие полезные инструменты



Психосоциальные вмешательства для поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми

Психосоциальные вмешательства делают акцент на психологических или социальных факторах, а не на биологических. Таким образом, они могут включать психологическую терапию, санитарное просвещение и вмешательства, ориентированные на социальные аспекты, такие как социальная поддержка и создание сетей. Хотя психосоциальные вмешательства не всегда основаны на фактических данных, они широко используются для поддержки лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми. В этой главе мы представим некоторые из наиболее распространенных.

Психообразование

Термин психообразование охватывает ряд вмешательств, обычно проводимых в группе, которые сочетают образовательную деятельность с другими поддерживающими действиями, чтобы помочь пациентам и их семьям лучше понять и справиться с последствиями болезни. Хотя этот инструмент возник в области психиатрии, особенно у пациентов с шизофренией, этот инструмент теперь используется для лечения различных заболеваний, включая психические заболевания, слабоумие, рак и т. д.

Используемые модели значительно различаются по продолжительности, содержанию и методам. Согласно Bhattacharjee et al. (2011), их можно разделить на информационные, основанные на навыках, поддерживающие и смешанные. Первая модель направлена на информирование пациентов и членов их семей о заболевании и его лечении. Эта модель близка к терапевтическому образованию. Модель, основанная на навыках, направлена на то, чтобы пользователи выработали определенные модели поведения, которые позволяют им лучше справляться с последствиями болезни. Третья модель основана на группах поддержки, которые делятся эмоциями и переживаниями. Цель этой модели — в первую очередь поддержать участников, чтобы они приобрели инструменты, позволяющие лучше справиться с пережитым состоянием с эмоциональной точки зрения. Это модель, похожая на группу взаимопомощи. Наконец, смешанная модель сочетает в себе элементы всех трех предыдущих моделей.

Терапевтическое образование

Цель терапевтического образования, по определению ВОЗ (1998 г.), состоит в том, чтобы «помочь пациентам и их семьям понять болезнь и лечение, сотрудничать с поставщиками медицинских услуг, вести здоровый образ жизни и улучшать или поддерживать качество жизни». Это рекомендуемый путь для длинного списка хронических состояний от рака до психических расстройств, диабета, заболеваний опорно-двигательного аппарата, таких как ревматоидный артрит и т. д.

Терапевтическое образование существенно отличается от психообразования, потому что оно в большей степени ориентировано на информирование и обучение пациента и/или лица, осуществляющего уход за ним, тому, как управлять болезнью с точки зрения



здоровья в контексте дома (употребление лекарств, выполнение практик ухода и т. д.). так далее.). Тем не менее, следует помнить, что пациент должен справиться с болезнью в домашних условиях, а также учитывать психологические и эмоциональные аспекты.

Согласно Lagger et al. (2008), в центре внимания этой модели находится точная передача навыков от медицинского работника пациенту. Следует подчеркнуть, что тренерами в случае терапевтического обучения являются в основном медицинские работники. Однако те же авторы отмечают, что этим специалистам часто не хватает педагогических навыков для организации надлежащего обучения.

Потребность лица, осуществляющего уход, в таком вмешательстве связана с заботой и тревогой о благополучии пациента и отсутствием навыков, необходимых для оказания надлежащего ухода (Robinson et al., 1998). Фактически, отсутствие необходимых навыков для надлежащего ухода за членом семьи имеет последствия как для здоровья пациента, так и для лица, осуществляющего уход.

Группы взаимопомощи

Созданные в 1930-х годах в Соединенных Штатах с опытом Анонимных Алкоголиков, Группы Взаимопомощи (MAG) — это группы людей, которые собираются вместе, чтобы заручиться взаимной поддержкой для решения общей проблемы. Сегодня существуют MAG, посвященные различным вопросам: инвалидности, зависимости, хроническим заболеваниям и семейному уходу. Вмешательство основано на идее о том, что взаимопомощь начинается с самопомощи, в тот момент, когда человек осознает существование проблемы и предпринимает действия, чтобы найти ту или иную форму поддержки. Взаимопомощь возникает, когда есть опыт обмена фактами, опытом и эмоциями общей проблемы между теми, кто помогает, и теми, кому помогают.

Польза, которую группы взаимопомощи приносят своим участникам, прежде всего эмоциональна. Обмен опытом со сверстниками облегчает преодоление трудностей. Это уменьшает негативные эмоции, помогает осознать, что человек не одинок в данной ситуации, и, следовательно, уменьшает восприятие стигмы, заставляет чувствовать себя понятым, помогает создавать социальные связи, а также позволяет определить положительные образцы для подражания, к которым можно стремиться (Рей-Янг, 2001).



Практические элементы:

Вариация формы жизненного пути:

Описание: Фасилитатор просит участников сформировать жизненный курс, который будет включать все важные события, опыт и воспоминания, касающиеся проблем, связанных со старением, и подходов к ним (практика, политика, услуги по уходу и т. д.), и о которых участники осведомлены. Фасилитатор знает о важных поворотных моментах и исторических изменениях, которые он/она внесет в эту работу. Затем фасилитатор обсуждает эти изменения с участниками и то, как они были внедрены и использованы в их жизни (например, использовали ли они их, и если да, то как, в случае закона или оказанной услуги).

Задачи обучения/цели:

- Распознавание форм гендерного насилия в пожилом возрасте
- Признание недобровольного насилия, которое может произойти в пожилом возрасте
- Признаки и распознавание насилия в пожилом возрасте
- Повышение уровня знаний и осведомленности лиц, осуществляющих уход, о гендерном насилии в пожилом возрасте относительно его причин и последствий
- Признание роли человека как опекуна



- Определить проблемы и трудности в обеспечении ухода за пожилыми людьми (опекуны и лица, осуществляющие уход)
- Повысить способность лица, осуществляющего уход, вступить в здоровые отношения между лицом, осуществляющим уход, и получателем ухода.



Раздел 5: Национальный контекст – все партнеры

5.1 Неформальный уход за родственниками в Эстонии

В Эстонии проживают тысячи людей, которые по разным причинам (например, из-за длинных очередей, отсутствия подходящих услуг и их высокой стоимости и др.) ухаживают за своими близкими. Попечители родственников (осуществляющие уход) зачастую оказываются в одиночестве, им не хватает практических навыков по уходу, а также знаний о своих правах и возможностях для получения помощи. Согласно прогнозам к 2070 году доля пожилых людей (65+) в Эстонии увеличится до 10,5% от общего количества населения, а доля жителей трудоспособного возраста уменьшится, поэтому критически важно развивать систему долгосрочного ухода, которая будет отвечать потребностям рынка и тех, кому необходима помощь. В будущем вырастет число нуждающихся в уходе людей с особыми потребностями, поскольку возрастная группа 65+ в Эстонии гораздо более ограничена в передвижении, чем в среднем по Европе, при этом нельзя забывать, что проблемы с психическим здоровьем, а также повышенный риск бедности среди пожилых людей также приведут к увеличению спроса на уход. (Haljasmets et al. (2021).

Определения

Неформальный попечитель (эст. omastehooldaja) – человек любого возраста, который обеспечивает уход (обычно неоплачиваемый) вне формальной системы попечения за членом семьи или близким человеком, который из-за болезни, инвалидности или других особых потребностей нуждается в дополнительной помощи при осуществлении повседневной деятельности.

Обязанность заботы - Семья обязана заботиться о своих членах, нуждающихся в помощи (Конституция Эстонии, §27), учитывая личную и семейную ответственность в рамках системы социальной защиты (Общая часть социального кодекса, §11).

Обязательство содержания - Содержание должны обеспечить совершеннолетние родственники первой и второй степени родства по восходящей и нисходящей линии (Закон о семье, § 96); Плата за социальные услуги в зависимости от объема, стоимости социальной услуги и экономического положения получателя и его семьи (Закон о социальном обеспечении, § 16).

За последнее десятилетие в Эстонии все более увеличивается спрос на услугу ухода за близкими на дому. В период 2018-2021 гг. на меры по снижению бремени первичной помощи было выделено в общей сложности 16,4 млн. евро. В 2016 году местные самоуправления могли подать заявку на получение поддержки для развития вспомогательных услуг для ухаживающих лиц, например в области услуги ухода на дому



или услуги опорного лица. Кроме того, 5,3 млн. евро было выделено через проекты Европейского социального фонда.

В январе 2019 года Комитет по социальным вопросам Рийгикогу провел внеочередное заседание по вопросу нагрузки ухаживающих за близкими на дому. Поскольку стоимость ухода и услуг сиделок непомерно высока для многих семей, единственным выходом зачастую является уход с работы одного из членов семьи. Эта тенденция может повлиять на снижение доходов многих семей и ухудшить качество жизни ухаживающих лиц и их иждивенцев.

Целью принятого Рийгикогу 13 апреля 2022 года Закона о внесении изменений в Закон о социальном обеспечении является содействие предоставлению более качественной социальной помощи, улучшение правовой ясности, упрощение процедур и предоставление более быстрой и комплексной помощи людям с ограниченными возможностями.

Например, уход за пожилыми людьми в Тарту представляет собой трехстороннюю систему, типичную для системы ухода за пожилыми людьми в Эстонии. Согласно регистру данных горуправы, в конце 2014 года существенную долю работы по уходу обеспечивали родственники (78% пожилых людей с потребностями в уходе получали помощь в рамках неформального ухода), далее следовал уход за больными (13%) и услуги по уходу на дому (9%) (Тарум, Кутсар, 2015). Согласно расчетам Министерства социальных дел в Эстонии примерно 20 000 человек нуждаются в уходе на дому. (Sotsiaaltöö 2/22).

Уход осуществляют около 47 000 человек (30 000 женщин и 17 000 мужчин). Исследование рабочей силы выявило значительное влияние неформального ухода за родственниками на рынок труда (по этой причине 8 000 человек не работают и 5 000 работают неполный рабочий день) (Госканцелярия, 2017). Тарум и Кутсар (2017) обнаружили, что за 80% немощных пожилых людей ухаживают родственники - неформальные попечители. Они изучили насколько это обусловлено тем, что лица, осуществляющие уход, испытывают чувство солидарности и сами принимают соответствующее решение, или же причина кроется в отсутствии альтернатив. Результаты показывают, что выбор между работой и уходом определяется тремя факторами:

1. законодательно закреплённая семейная политика, препятствующая развитию формальных услуг по уходу за пожилыми людьми и налоговых льгот;
2. крепкие сыновние нормы старшего поколения, т.е. привитая обязательная семейная солидарность;
3. личная позиция ухаживающих отражает норму обязательной семейной солидарности, подкреплённой субъективным сыновним долгом.

В результате у лиц, осуществляющих уход, нет другого выбора, кроме как искать собственные пути решения проблемы ухода за членами семьи, причем респонденты



отметили, что если потребности в уходе за пожилыми членами семьи возрастут, это может повлиять на их занятость (Tarum, Kutsar, 2017).

В идеале, бремя ухода можно было бы разделить между государством, нуждающимся в помощи и родственниками. Одним из решений также может стать система страхования ухода, аналогичная медицинскому страхованию. Можно сэкономить время и ресурсы за счет качественной передачи и сбора информации между различными базами данных, чтобы избежать дублирования льгот. Для эффективного ухода и взаимодействия между медицинским и социальным секторами необходимо обеспечить перекрестное использование данных (Haljasmets et al. 2021).

5.2 Юридические основы неформального ухода за близкими

Конституция Эстонской Республики — Согласно § 10, одним из основополагающих принципов Конституции является принцип человеческого достоинства — это означает, что основные потребности человека, т.е. потребность пропитания, одежды, гигиены, медицинского обслуживания, транспорта, жилья, должны быть удовлетворены, и что любой человек должен иметь возможность принимать активное участие в повседневной жизни без чувства стыда. Конституционные нормы указывают на то, что оказавшийся в затруднительном положении человек не должен оставаться наедине со своими проблемами. Таким людям необходима солидарность, т.е. они имеют право на помощь и поддержку. Часть 5 статьи 27 Конституции Эстонии гласит, что семья обязана заботиться о своих членах, нуждающихся в помощи; часть 2 статьи 28 говорит о том, что каждый имеет право на помощь государства по старости, нетрудоспособности, потери кормильца и бедности; согласно статье части 4 той же статьи 28 Конституции многодетные семьи и люди с ограниченными возможностями находятся под особым попечительством со стороны государства и местных самоуправлений. Из принципа социального государства, закрепленного в 10-й статье Конституции, следует общее требование социальной солидарности.

Закон о семье — согласно части 1 статьи 96 содержание обязаны предоставлять совершеннолетние родственники первой степени родства по восходящей и нисходящей линии (далее — лица, обязанные предоставлять содержание). Часть 3 объясняет, что родственники второй степени родства по восходящей линии являются лицами, обязанными предоставлять содержание своим несовершеннолетним родственникам по нисходящей линии.

Закон о социальном обеспечении (SHS) регулирует ситуации, отношения, требования, связанные с определением потребности в социальной помощи, предоставлением помощи, условиями получения и предоставления помощи и т.д. Статья 3 определяет принципы социального обеспечения. При оказании социальной помощи: 1) следует в первую очередь исходить из нужд лица; 2) предпочтение отдается мерам, направленным на поиск возможностей и повышению способности лица, насколько возможно, самостоятельно организовывать свою жизнь; 3) проводится консультирование лица на тему выбора и адаптации мер оказания помощи, а также, при необходимости, использования помощи специалистом, обладающим соответствующей



профессиональной подготовкой; 4) при применении мер оказания помощи следует руководствоваться их результативностью с точки зрения нуждающегося в помощи лица и, при необходимости, семьи и общества; 5) на всех этапах оказания помощи производится приобщение к данному процессу самого лица, нуждающегося в помощи, а также, при необходимости, членов его семьи, если лицо дало на это свое согласие; 6) меры оказания помощи обеспечиваются наиболее доступным для лица образом. Кроме того, часть 1 статьи 5 предусматривает, что организация оказания социальных услуг, предоставления социальных пособий, неотложной социальной помощи и иных видов помощи является обязанностью единицы местного самоуправления по месту жительства лица, занесенному в регистр народонаселения.

5.3 Что делать, если близкому необходим уход?

Оценка потребности в помощи

- Первое, что необходимо сделать, это связаться с местным органом власти, где проживает согласно регистру населения родственник, нуждающийся в уходе, и сообщить о своей потребности в помощи.
- Оценку потребности в помощи осуществляет социальный работник. Социальный работник может прийти домой, посетить в больнице или, если близкий в состоянии посетить социального работника самостоятельно — варианты должны быть согласованы заранее.
- В ходе оценки будет определено, в какой помощи и в каком объеме нуждается близкий человек, чтобы справляться с повседневными нуждами.
- При оценке потребностей нуждающегося в уходе местный орган власти также обязан оценить потребности осуществляющего уход родственника (лица с бременем ухода) и предоставить соответствующую поддержку.

Принятие решения о подходящей помощи

- Местный орган власти должен принять решение о предоставлении подходящей социальной услуги (например, дома престарелых) в течение десяти рабочих дней после получения надлежащего заявления. Решение принимается на основании предварительной оценки потребностей.
- Приоритет должен быть отдан предоставлению помощи и поддержки, которые позволяют человеку жить дома или получать услуги в приближенных к домашней обстановке привычных условиях.
- Спросите социального работника о поставщиках услуг в данном районе, о том, как получить доступ к услугам и какие дополнительные шаги необходимо предпринять для их получения. Например, для предоставления услуги общего ухода некоторые дома престарелых просят предоставить справку от семейного врача, подтверждающую состояние здоровья человека.
- Попросите социального работника предоставить информацию о том, какую помощь можно получить от местного органа власти, и что делать, если поиск



подходящего поставщика услуг (например, дома престарелых) — длительный процесс, а помощь нужна незамедлительно.

- Решение, принятое местным органом власти о предоставлении или непредоставлении подходящей услуги должно быть оформлено в письменном виде и четко и понятно разъяснено.
- Если Вы не согласны с принятым решением, вы имеете право подать жалобу в местный орган власти в течение 30 дней.

Организация помощи

- В любом случае, местный орган власти должен помочь вашему близкому, предлагая при необходимости временные решения. Член семьи не обязан брать отпуск или уходить с работы, чтобы помочь родственнику.
- Если подходящее место в доме по уходу невозможно получить немедленно, местный орган власти должен предоставить альтернативные услуги, такие как уход на дому, в объеме, необходимом для того, чтобы ваш родственник мог удовлетворить повседневные нужды, назначить сиделку, временно поместить человека в платный дом престарелых и т.д.
- Если местный орган власти отказывается помочь, оставляя решение ситуации на усмотрение родственника, или если предложенная помощь не разрешает ситуацию (например, вовремя или в полном объеме), попросите местный орган власти дать письменное объяснение и сообщите об этом в Департамент социального страхования по электронной почте: info@sotsiaalkindlustusamet.ee.
- Департамент социального страхования отвечает за контроль качества социальных услуг и другой помощи, предоставляемой местными органами власти.
- Если человек считает, что помощь местного самоуправления не нужна, он или она может обратиться в подходящий дом по престарелых (дом по уходу) и договориться об условиях и времени приема.
- При выборе соответствующего учреждения рекомендуется, по возможности, посетить его и проверить, соответствует ли выбранный дом по уходу ожиданиям и реальным потребностям нуждающегося в помощи человека.

Оплата помощи

- Социальная услуга оплачивается лицом, но местный орган власти должен оценить, способен ли человек (нуждающийся в помощи) ее оплатить.
- Если у человека отсутствуют достаточные финансовые ресурсы, ему обычно требуется помощь тех, кто обязан его содержать: в случае пожилого человека — его или ее супруга (включая разведенных супругов, если потребность в помощи возникла до развода). Внук больше не должен оплачивать расходы на



содержание бабушки и дедушки, а бабушки и дедушки освобождены от содержания взрослых детей.

- Местный орган власти должен принять во внимание тот факт, что предоставление содержания не должно быть в ущерб нормальным средствам существования кормильца.
- Местный орган власти не может требовать от членов семьи продажи собственного места жительства для оплаты соответствующей социальной услуги, а также должен принимать во внимание другие обязанности кормильца. В случае наличия членов семьи пенсионного возраста необходимо также учитывать размеры дохода, расходы на жилье и другие обязательства по содержанию.
- В некоторых случаях родственники частично или полностью освобождаются от обязанности предоставлять содержание, поскольку требование о содержании несправедливо.
- В любом случае, если родственники не в состоянии помочь пожилому человеку оплатить социальную услугу, местный орган власти должен предоставить человеку эту услугу и взять на себя часть расходов. Местный орган власти должен принять мотивированное решение по этому вопросу.
- Местный орган власти имеет право впоследствии взыскать уплаченную сумму с родственника-иждивенца, если выяснится, что у него было достаточно средств, чтобы помочь родственнику оплатить услугу.
- Если вы не в состоянии выполнить обязательство содержания, но местный орган власти считает, что вы обязаны платить алименты, окончательное решение об освобождении вас от обязательства, ограничения периода обязанности содержания или уменьшения размера алиментов может быть принято судом. Жители Эстонии со средним брутто доходом до 1200 евро в месяц (за исключением семейных дел, касающихся прав ребенка, где порог дохода составляет 1700 евро) могут воспользоваться бесплатной юридической помощью. Дополнительная информация: <http://www.juristaitab.ee/>

Дополнительная информация:

- Уровень жизни и социальное обеспечение пожилых людей: <https://www.eesti.ee/ru/sema/pozilye-ludi/uroven-zizni-i-socialnoe-obespecenie-pozilyh-ludej>
- Список домов по уходу: <https://www.eesti.ee/et/asutuste-kontaktid/hoolekandeaasutused/hooldekodud>
- „Пособие для ухаживающих за близкими” 2012, НКО "Инкотуба". Эстонская версия бесплатна и может быть запрошена в Инкотуба (русская версия - платная), ее также можно свободно скачать в Интернете. Справочник является практическим пособием не только для тех, кто ухаживает за близким человеком на дому, но и для всех специалистов в области медицины и социальной работы, которые



контактируют с ухаживающими в своей повседневной работе. Она охватывает такие темы, как уход на дому, кожа и гигиена, уход при недержании и задержке мочи, помощь при параличе, эргономика, питание и пищеварение, а также катетеризация, стома, уход сиделки, поддержка/консультирование лиц, ухаживающих за близкими - своим опытом делятся профессионалы в своей области в Эстонии.



ИСТОЧНИКИ

- Agyemang-Duah, W., Abdullah, A., Mensah, C. M., Arthur-Holmes, F., & Addai, B. (2020). Caring for older persons in rural and urban communities: perspectives of Ghanaian informal caregivers on their coping mechanisms. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*, 28, 729-736.
- Ananias, J., & Strydom, H. (2014). Factors contributing to elder abuse and neglect in the informal caregiving setting. *Social Work/Maatskaplike Werk*, 50, 268-284.
- Anderson, R. (1987). The unremitting burden on carers. *British Medical Journal*, 294(6564), 73-74.
- Beach, S. R., Schulz, R., Williamson, G. M., Miller, S., Weiner, M. F., & Lance, C. E. (2005). Risk Factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 255-261.
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A Measure to Strengthen Psychiatric Treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14, 33-39.
- Bierhals, C. C. B. K., Santos, N.O., Fengler, F. L., Raubustt, K.D., Forbes, D.A., & Paskulin, L.M.G. (2017). Needs of family caregivers in home care for older adults. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, 2870-2878.
- Blanton, P. W. (2013). Family caregiving to frail elders: Experiences of young adult grandchildren as auxiliary caregivers. *Journal of Intergenerational Relationships*, 11(1), 18– 31.
- Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019). The Impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*, 59, 629-642.
- Borg, C., & Hallberg, I. R. (2006). Life satisfaction among informal caregivers in comparison with non-caregivers. *Scandinavian journal of caring sciences*, 20, 427-438.
- Bove, D. G., Zakrisson, A-B., Midtgaard, J., Lomborg, K., & Overgaard, D. (2016). Undefined and unpredictable responsibility: a focus group study of the experiences of informal caregiver spouses of patients with severe COPD. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 483 – 493.
- Bruggen, S. V., Gussekloo, J., Bode, C., Touwen, D. P., Engberts, D. P. & Blom, J. W. (2016). Problems experienced by informal caregivers with older care recipients with and without cognitive impairment. *Home Health Care Services Quarterly*, 35(1), 11 – 24.
- Bugge, C., Alexander, H., & Hagen, S. (1999). Stroke patients' informal caregivers patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke*, 30, 1517-1523.
- Buscemi, V., Font, A. & Viladricht, C. (2010). Focus on relationship between the caregivers unmet needs and other caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncología*, 7(1), 109 – 125.



Campbell, L. D. (2010). Sons who care: Examining the experience and meaning of filial caregiving for married and never-married sons. *Canadian Journal on Aging, 29*(1), 73 – 84.

Caring. (N.A.). A Caregiver's Guide to Coping with Stress and Burnout. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.caring.com/caregivers/burnout/>

CEB - Council of Europe Development Bank (2014). *Ageing Populations In Europe: Challenges And Opportunities For The Ceb*.

Curnow, E., Rush, R., Maciver, D., Górska, S., & Forsyth, K. (2021). Exploring the needs of people with dementia living at home reported by people with dementia and informal caregivers: A systematic review and Meta-analysis. *Aging & mental health, 25*, 397-407.

D' Aoust, R. F., Brewster, G., & Rowe, M. A. (2015). Depression in informal caregivers of persons with dementia. *International Journal of Older People Nursing, 10*, 14–26.

Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice, 2011*, 1-10.

Department of Health (2000), No Secrets: The Development of Multi-agency Responses to the Abuse of Vulnerable Adults. The Stationary Office, London.

Deshmukh, S. R., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 9*, 1-29.

Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). *A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. BMG supportive & palliative care, 6*, 160-169.

Eurocarers (2021a). About carers. Available at <https://eurocarers.org/about-carers/>, accessed on 24th May 2021.

Eurocarers (2021b). Strategy. Available at <https://eurocarers.org/strategy/>, accessed on 24th May 2021.

European Union (2014). *Population ageing in Europe*.

Eurostat (2021). *Population structure and ageing*. Available from: Population structure and ageing - Statistics Explained (europa.eu)

Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in psychology, 10*, 1-13.

Gimeno, I., Val, S., & Cardoso Moreno, M. J. (2021). Relation among caregivers' burden, abuse and behavioural disorder in people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*, 1263-1278.



Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Rev Port Saúde Pública*, 29(1), 3-10. DOI: 10.1016/S0870-9025(11)70002-5

Haljasmets, K., Pedjasaar, M., Pall, K., Kaldmaa, K., Tarto, L., Pedjasaar, V., Salu, J. (2021). Pikaajalise hoolduse tulevik. Uuring. Tallinn: Arenguseire Keskus.

Harding, R., & Higginson, I. (2001). Working with ambivalence: informal caregivers of patients at the end of life. *Support Care Cancer*, 9, 642-645.

Hawranik, P. G. & Strain, L. A. (2007). Giving voice to informal caregivers of older adults. *GJNR*, 39(1), 156 – 172.

„Hooliva riigi poole – Poliitikasuunised Eesti pikaajalise hoolduse süseemi tõhustamiseks ja pereliikmete hoolduskoormuse vähendamiseks“, Заключительный отчет Целевой группы по снижению бремени ухода, Госканцелярия 2017, доступно: https://www.elvl.ee/documents/21189341/22261833/07_Pkp+7+Hoolduskoormuse_rakkeru_hma_lopparuanne.+Riigikantselei+2017.pdf/61c41a54-b73f-4d4a-ab5a-99926002ac4c

Horrell, B., Stephens, C., & Breheny, M. (2015). Online research with informal caregivers: Opportunities and challenges. *Qualitative Research in Psychology*, 12(3), 258–271. <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1040318>

Isham, L., Hewison, A., & Bradbury-Jones, C. (2019). When older people are violent or abusive toward their family caregiver: A review of mixed-methods research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20, 626-637.

Jacobs, B., J., (2017). How to Really Help a Family Caregiver. Retrieved 20 July 2021, from: <https://www.aarp.org/home-family/caregiving/info-2017/comforting-busy-caregivers-fd.html>

Jayani, R. & Hurria, A. (2012). Caregivers of older adults with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 221 – 225. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 176–185.

Jylhävä, J., Pedersen, N. L., & Hägg, S. (2017). Biological age predictors. *EBioMedicine*, 21, 29-36.

Kamalpour, M., Aghdam, A. R., Watson, J., Taqir, A., Buys, L., Eden, R., & Rehan, S. (2020). Online health communities, contributions to caregivers and resilience of older adults. *Health & Social Care in the Community*, 29, 328-343.

Khanassov, V., & Vedel, I. (2016). Family physician–case manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: a systematic mixed studies review. *The Annals of Family Medicine*, 14, 166-177.

Lagger, G., Chambouleyron, M., Lasserre-Moute, A. & Giordan, A., (2008). Éducation thérapeutique. *Médecine*, 223-226.

Laks, J., Goren, A., Dueñas, H., Novick, D., & Kahle-Wroblewski, K. (2016). Caregiving for patients with Alzheimer’s disease or dementia and its association with psychiatric and clinical



comorbidities and other health outcomes in Brazil. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31, 176–185.

Lee, H. S., Brennan, P. F., & Daly, B. J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing & Health*, 24, 44-56.

Leite, B. S., Camacho, A. C. L. F., Joaquim, F. L., Gurgel, J. L., Lima, T. R., & de Queiroz, R. S. (2017). Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70, 682-688.

Lin, M.-C. (2018). Elder Abuse and neglect: Examining caregiver characteristics and perceptions of their elderly care receiver's under-accommodative behavior. *Journal of Family Communication*, 18, 252-269.

Lin, M.-C. (2020). Communication neglect, caregiver anger and hostility, and perceptions of older care receivers' cognitive status and problem behaviors in explaining elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 32, 235-258.

Litwin H., Stoeckel K. J. & Roll A. (2014). Relationship status and depressive symptoms among older co-resident caregivers. *Aging & Mental Health*, 18, 225–231.

Machiels, M., Metzelthin, S. F., Hamers, J. P., & Zwakhalen, S. M. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 66, 37-46.

McCabe, M., You, E. & Tatangelo, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. *The Gerontologist*, 56(5), 70 – 88.

McCurley, J. L., Funes, C. J., Zale, E. L., Lin, A., Jacobo, M., Jacobs, J. M., ... Vranceanu, A.-M. (2019). Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocritical Care Society*, 30, 581-589.

Mendes, F., Mestre, T., Santana, E., Reis, L., & Lopes, M. (2019). *Violence against the elderly: Social representations of Portuguese and Brazilian caregivers*. In J. García-Alonso, & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology* (pp. 295-306). Switzerland: Springer Nature.

Mets, K., (2022) „Sotsiaalhoolekande seaduse ja teiste seaduste muutmise seadus toob uuendusi“, Sotsiaaltöö ajakiri nr 2/22 lk 9-15

Milligan, C. (2005). From home to 'home': situating emotions within the caregiving experience. *Environment and planning A*, 37, 2105-2120.

Milligan, C. (2017). *Geographies of care: space, place and the voluntary sector*. Routledge.

Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L. M., Mar, J., Masjuan, J., Soulard, S., Gonzalez-Rojas, N., ... Alvarez-Sabín, J. (2018). Determinants of informal care, burden, and risk of burnout in caregivers of stroke survivors: The CONOCES study. *Stroke*, 49, 140-146.



- Orrell, M., Hancock, G. A., Liyanage, K. C. G., Woods, B., Challis, D., & Hoe, J. (2008). The needs of people with dementia in care homes: the perspectives of users, staff and family caregivers. *International Psychogeriatrics*, *20*, 941-951.
- Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports medicine*, *29*, 167-180.
- Pathak, N. (2020, October 06). Recognizing Caregiver Burnout. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.webmd.com/healthy-aging/caregiver-recognizing-burnout#2>
- Penning, M. J. & Wu, Z. (2016). Caregiver Stress and Mental Health: Impact of Caregiving Relationship and Gender. *The Gerontologist*, *56*, 1102–1113.
- Perttu, S., (2018): WHOSEFVA Training Materials.
- Pickard, L. (2015). A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing & Society*, *35*, 96-123.
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, *47*, 165-172.
- Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, *56*, S194-S205.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, *62*, 126-137.
- Pinto, F.N. & Barham, E.J. (2014). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, *17*(3), 525-539.
- Price, M. L., Surr, C. A., Gough, B., & Ashley, L. (2020). Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: a scoping literature review. *Psychology & Health*, *35*, 36-69.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Crebolder, H, F. J. M., Goldsteen, M., Luker, K. A., & Widdershoven, G. A. M. (2003). Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scandinavian journal of caring sciences*, *17*, 113-121.
- Queluz, F., Kervin, E., Wozney, L., Fancey, P., McGrath, P.J. & Keefe, J. (2019). Understanding the needs of caregivers of persons with dementia: a scoping review. *International Psychogeriatrics*, *32*, 35 – 52.
- Reay-Young, R. (2001). Support groups for relatives of people living with a serious mental illness: An overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, *5*, 147-168.
- Roberto, K. A. & Jarrott, S. E. (2008). Family caregivers of older adults: A life span perspective. *Family Relations*, *57*, 100 – 111.



Robinson, K. D., Angeletti, K. A., Barg, F. K., Pasacreta, J. V., McCorkle, R., & Yasko, J. M. (1998). The development of a family caregiver cancer education program. *Journal of Cancer Education, 13*, 116-121.

Sakakibara, K, Kabayama, M, Ito, M. (2015). Experiences of “endless” caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC Res Notes, 8*, 827. DOI 10.1186/s13104-015-1829-x

Shaffer, K. M., Riklin, E., Jacobs, J. M., Rosand, J., & Vranceanu, A.-M. (2016). Psychosocial resiliency is associated with lower emotional distress among dyads of patients and their informal caregivers in the neuroscience intensive care unit. *Journal of Critical Care, 36*, 154-159.

Shepherd, B. F., & Brochu, P. M. (2021). How do stereotypes harm older adults? A theoretical explanation for the perpetration of elder abuse and its rise. *Aggression and Violent Behavior, 57*, 1-7.

Silva, A.L., Teixeira, H.J., Teixeira, M.J., Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scand J Caring Sci., 27*(4), 792-803. doi: 10.1111/scs.12019

Simmons University. (2016). The Emotional Cost of Caregiving. Retrieved 20 July 2021, from <https://online.simmons.edu/blog/emotional-cost-of-caregiving/n>

Smith, M. (2020). Caregiver Stress and Burnout. Retrieved 20 July 2021, from <https://www.helpguide.org/articles/stress/caregiver-stress-and-burnout.htm>

Somerset Safeguarding Adults Board (N.A.). What is adult safeguarding? Retrieved 20 July 2021, from: <https://ssab.safeguardingsomerset.org.uk/protecting-adults/what-is-safeguarding/>

Sörensen, S. & Conwell, Y. (2011). Issues in dementia caregiving: Effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 491–496.

Souza Alves, L. C., Monteiro, D. Q., Bento, S. R., Hayashi, V. D., de Carvalho Pelegrini L. N., Vale, F. A. C. (2019). Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia, 13*, 415-421.

Stevens, E. (2013). Safeguarding vulnerable adults: Exploring the challenges to best practice across multi-agency settings. *Journal of Adult Protection, 15*, 85-95

Stovell, J., (2020). Challenging assumptions on the International Day of Older Persons. Retrieved 20 July 2021, from: <https://www.helpage.org/blogs/jemma-stovell-22620/challenging-assumptions-on-the-international-day-of-older-persons-1120/>



Tan, J. Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M., & Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European journal of cancer care*, 27, 1-11.

Tarum, H., Kutsar, D., (2017). Compulsory intergenerational family solidarity shaping choices between work and care: perceptions of informal female carers and local policymakers in Estonia. *International Journal of Social Welfare*, 27 (1), 40–51

Thomas, C., Morris, S., & Harman, J. (2002). Companions through cancer: the care given by informal carers in cancer contexts. *Social Science and Medicine*, 54, 529 - 544.

Thompson, G. N. & Roger, K. (2014). Understanding the needs of family caregivers of older adults dying with dementia. *Palliative and Supportive care*, 12, 223 – 231.

TISOVA Project (2020). How to Identify and Support Older Victims of Abuse: A training curriculum for professionals, volunteers and older people. Available at https://www.wave-network.org/wp-content/uploads/Tisova_Training-handbook_ENG.pdf

Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(08), 3429-3440.

Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three european surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 9531-9548.

UNFPA and HelpAge International (2012). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge Report. Retrieved 20 July 2021, from: <https://www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/ageing-in-the-twentyfirst-century-chapter-2/>

United Nations, (2002). Madrid International Plan of Action on Ageing, Issue 3, UN.

Vágvölgyi, R., Coldea, A., Dresler, T., Schrader, J., & Nuerk, H. C. (2016). A review about functional illiteracy: Definition, cognitive, linguistic, and numerical aspects. *Frontiers in psychology*, 7, 1617-1630.

Vaingankar, J.A., Subramaniam, M., Picco, L., Eng, G.K., Shafie, S., Sambasivam, R., Zhang, Y.J., Sagayadevan, V., Chong, S.A. (2013). Perceived unmet needs of informal caregivers of people with dementia in Singapore. *Int Psychogeriatr*, 25(10), 1605-19. doi: 10.1017/S1041610213001051

Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 490-504.



Von Känel, R., Mausbach, B. T., Dimsdale, J. E., Mills, P. J., Patterson, T. L., Ancoli-Israel, S., ... & Grant, I. (2011). Regular physical activity moderates cardiometabolic risk in Alzheimer's caregivers. *Medicine and science in sports and exercise*, 43, 181-189.

WHO (1998). Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. World Health Organization, Copenhagen.

WHO (2002a). The Toronto declaration on the global prevention of elder abuse. World Health Organization, Geneva.

WHO (2002b). World report on violence and health. World Health Organization, Geneva.

WHO (2008). A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: Main Report. World Health Organization, Geneva.

WHO (2012). Alzheimer's Disease International. Dementia: A Public Health Priority. World Health Organization, Geneva.

Wurm, S., Wiest, M., & Tesch-Römer, C. (2010). Theorien zu Alter (n) und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53, 498-503.

Zarit, S.H. (2002). Caregiver's burden. In: Andrieu, S., Aquino, J.P. (Eds.), Family and Professional Caregivers: Findings Lead to Action. Serdi Edition and Fondation Médéric Alzheimer, Paris, pp. 20-24

Zwaanswijk, M., Peeters, J.M., van Beek, A.P., Meerveld, J.H., Francke, A.L. (2013). Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey. *Open Nurs J.*, 7, 6-13. doi: 10.2174/1874434601307010006

Закон о семье, доступно: <https://www.riigiteataja.ee/akt/13330603?leiaKehtiv>

Закон о социальном обеспечении, доступно: <https://www.riigiteataja.ee/akt/130122015005?leiaKehtiv>

Конституция Эстонской Республики, доступно: <https://www.riigiteataja.ee/akt/115052015002?leiaKehtiv>



WWW.SINCALA.EU
[#SINCALAPROJECT](https://twitter.com/SINCALAPROJECT)