

стимулирование, возможность продвижения по службе, одобрение коллектива, престиж, т.е. стимулы, ради которых они считают нужным приложить свои усилия.

Анализируя результаты исследования, мы выявили различия между группами юношей и девушек в преобладающем типе мотивации при выборе профессии:

- внутренние индивидуально значимые мотивы более выражены у девушек, чем у юношей;
- внутренние социально значимые мотивы более выражены у юношей, чем у девушек;
- внешние положительные мотивы более выражены у девушек, чем для юношей;
- внешние отрицательные мотивы выражены у юношей, чем у девушек (рисунок 2).

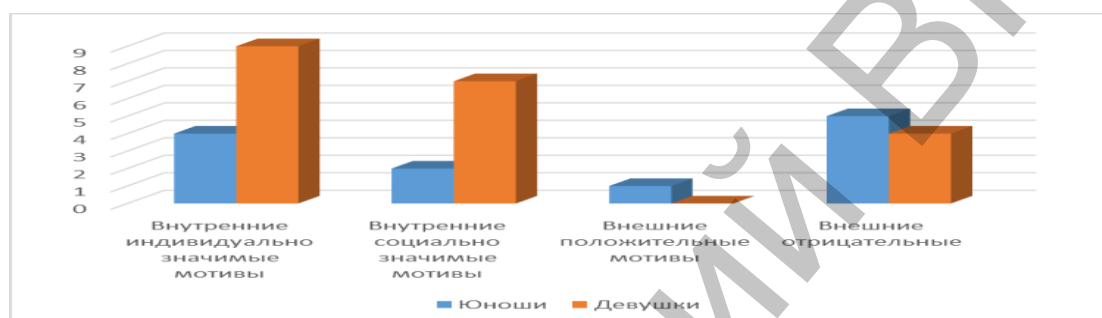


Рисунок 2 – Различия между группами юношей и девушек в преобладающем типе мотивации при выборе профессии

**Заключение.** Таким образом, существуют достоверные различия между группами юношей и девушек в преобладающих мотивах выбора профессии. У юношей более выражены внешние отрицательные мотивы и внутренние индивидуально значимые мотивы; у девушек более выражены внутренние индивидуально значимые мотивы и внешние положительные мотивы и внутренние социально значимые мотивы.

**Список использованных источников:**

1. Белых, И.Л. Профессиональное становление студентов вузов как путь реализации активной позиции / И.Л. Белых // Вестник Красноярского гос. ун-та. – 2012. – № 4. – С. 157-161.
2. Варганова, И.И. Развитие учебной мотивации и ценностей старших школьников / И.И. Варганова // Психологический журнал Междунар. ун-та природы, общества и человека «Дубна». – 2010. – № 4. – С. 21-28.

**УДК 364-787.2-053.9**

**ДЕМЕНЦИЯ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН  
КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА**

**С.А. Воробьева, А.В. Михайлова,**  
*ВГУ имени П.М. Машерова, г. Витебск*  
(e-mail: Vorobjova\_s@bk.ru)

Деменцию, или хронический или прогрессирующий синдром, при котором происходит деградация когнитивной функции (способности мыслить) в настоящее время относят не только к медицинской проблеме. Принято считать эту проблему

мультидисциплинарной, поскольку деменция оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие не только на страдающих ею людей, но и на людей, осуществляющих уход за ними, на семьи и общество в целом.

По данным ВОЗ, во всем мире насчитывается около 50 млн. людей с деменцией, 60% из них (а это более половины), проживают в странах с низким и средним уровнем дохода. Ежегодно происходит около 10 млн. новых случаев заболевания. По оценкам экспертов, доля общего населения в возрасте 60 лет и старше с деменцией на какой-либо момент времени составляет от 5 до 8 человек на каждые 100 человек. По прогнозам, общее число людей с деменцией составит около 82 млн. человек в 2030 г. и 152 – к 2050 году. Такой рост будет происходить в значительной мере за счет роста людей с деменцией в странах с низким и средним уровнем дохода [1].

Исходя из этих данных, следует отметить необходимость эффективной организации не только лечения (как медицинской категории), но и ухода (как категории социальной защиты). Важная роль принадлежит профилактике деменции (первичной, вторичной, третичной).

Уход за человеком, страдающим деменцией, сегодня может осуществляться учреждениями социального обслуживания: 1) на дому профессиональными сиделками; 2) в учреждениях и отделениях стационарного обслуживания (домах-интернатах для престарелых и инвалидов всех типов и отделениях круглосуточного пребывания (далее – ОКП) Территориальных Центров социального обслуживания населения), в соответствии с установленным Перечнем медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания (Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2013 № 3/4).

Отметим, что родственники не в полной мере пользуются социальными услугами, предоставляемыми государством. Это вызвано рядом причин. На наш взгляд самой распространенной является причина ментальная – близкое окружение человека, страдающего деменцией, берет весь груз ответственности на себя, что часто несет негативные последствия, т.к., во-первых, трудоспособный член семьи жертвует своей карьерой (приходится уйти с работы и полностью посвятить себя уходу за больным), во-вторых, не каждый супруг (супруга) готов к тому, что «вторая половина» не будет уделять должного внимания супружеской семье, в-третьих, не каждый человек, осуществляющий уход за больным, обладает необходимыми знаниями и не может оказывать качественную помощь, как это сделал бы профессионал. Вот почему, родственники, столкнувшись с появлением в их семье такой проблемы, рассматривают ее, как «крест, который им нужно нести». Также, немаловажным является тот факт, что люди не в полной мере владеют информацией о тех услугах, которые на сегодняшний день предоставляются учреждениями социального обслуживания населения.

Стационарное социальное обслуживание включает меры по созданию для граждан указанной категории наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию их отдыха и досуга.

Стационарные учреждения (отделения) социального обслуживания профилированы в соответствии с возрастом граждан, состоянием их здоровья и социальным положением. Основной стратегической задачей стационарной социальной работы с пожилыми людьми и инвалидами является сохранение и улучшение качества их жизни.

Рассмотрим более подробно деятельность ОКП в отношении граждан, страдающих деменцией, либо находящихся в преддементном состоянии. В Республике

Беларусь на сегодняшний день насчитывается 62 ОКП (при этом в структуру некоторых Центров входит не одно подобное отделение).

В соответствии с законодательством проживание в таком отделении может быть временным (срок от 1 до 6 месяцев) и пятидневное в неделю без выписки по месту жительства. Это является неплохой возможностью для родственников отдохнуть от ежедневного пребывания с больным человеком, а страдающему от деменции – получить качественную помощь специалистов. Граждане в полном объеме получают консультационно-информационные, социально-бытовые, социально-медицинские, социально-педагогические, социально-посреднические и социально-реабилитационные услуги. С целью профилактики деменции у лиц пожилого и старческого возраста в ОКП создаются различные клубы. Это могут быть – «Любители чтения», «Споемте друзья», «Вместе в мир компьютера», «Умелые руки», «Движение и здоровье». Свободное время человека, проживающего в стационарном отделении социального обслуживания, формируется из фонда его суточного времени, которое остается после выполнения различного рода функций биологического и бытового предназначения. Это достаточно емкая категория: в среднем составляет от 6 до 8 часов ежедневно. Такое количество времени не просто заполнить содержательным досугом.

С июня 2017 года в ОКП агрогородка «Ходцы» Территориального Центра социального обслуживания населения Сенненского района Витебской области, согласно методическим рекомендациям комитета по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома внедряется пилотный проект по профилактике деменции. Проводится пропаганда здорового образа жизни, терапия занятостью, тренировка памяти. Главное в профилактике деменции – это общение, воспоминание о прошлом.

В рамках проекта нами проведено исследование. Цель – выявление психического статуса проживающих в ОКП (n=19). В качестве диагностического инструментария использован методика «Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)».

Анализ проведенного исследования показал, что нами 75% проживающих в ОКП имеют среднюю степень деменции, т.е. у них отмечаются провалы в памяти, они не помнят многие события разной давности: даты, имена (иногда и имена родственников). При некоторых видах деменции (старческая, алкогольная) забытые факты замещаются вымыслом (конфабуляцией), перемещаются события во времени: кажется, что происходящее 30 – 40 лет назад, было вчера (псевдореминисценции). Теряется ориентация во времени и месте.

Также при средней степени деменции отмечается неплохая ориентация в помещении, но, выйдя на улицу, человек может заблудиться. Путается в родственных связях, иногда отождествляет живущих родственников с давно умершими. Разучивается пользоваться бытовыми приборами, дверным ключом. Становится неряшлив, при этом способен следить за собой, выполнять гигиенические процедуры, но часто этого не делает. В зеркало не смотрится, а когда случайно видит свое отражение, не узнает себя. Критика отсутствует. Становится суетлив, перекладывает предметы с места на место, частенько начинает собирать вещи «в дорогу», собирается в институт (который закончил 40 лет назад). Нуждается в помощи, контроле и уходе.

Часть респондентов (15%) имеют легкую степень деменции, которая характеризуется легкой забывчивостью («ключ забыл(а)», «не помню, пил(а) лекарство или нет») или, так называемая фиксационная амнезия – забывает детали только что состоявшегося разговора или произошедшего события. Гипертрофируются и утрируются некоторые черты характера: настойчивый становится твердолобым упрямым, бережливый – скупым и жадным, пунктуальный и скрупулезный «застревает» на ничего не значащих деталях, мелочах – превращается в зануду.

Больной становится ворчливым, категоричным, брюзжащим («раньше-то все было хорошо, а сейчас – никуда не годится»). Нарушается способность к концентрации и переключению внимания, снижается темп мышления. Может испытывать затруднения в подборе нужных слов, иногда повторяет одни и те же слова. Критика сохранена, поэтому некоторая несостоятельность смущает больного. Из-за этих промахов сужается круг общения, а постепенно и круг интересов. Зато могут появиться новые увлечения типа собирательства ненужного хлама. Появляется тревожность, эмоциональная лабильность, быстрая истощаемость. Способен выполнять привычную домашнюю работу и жить самостоятельно. В уходе не нуждается. Нуждается во внимании.

У оставшихся 10% респондентов выявлена тяжелая степень деменции, то есть расстройства всех психических функций достигают максимума. Больной не в состоянии выполнять простейшие действия, не соблюдает гигиену, не контролирует мочеиспускание и стул. Речь представлена отдельными словами и нечленораздельными звуками. Человек не узнает близких, не осознает себя, не ест самостоятельно (тем более, что часто нарушается глотание), истощен. Больной не встает. Наступает полный распад личности [2, с.82].

В ОКП проводятся мероприятия, направленные на увеличение продолжительности жизни проживающих, которая на данный момент составляет 83 года. Предпочтение в отделении отдается немедикаментозному воздействию. С этой целью оборудована зона по проведению реабилитации где имеется дорожка здоровья, тренажеры, массажный стол, портативные средства реабилитации. На каждого проживающего разработан и согласован с учреждением здравоохранения индивидуальный план социальной реабилитации (оздоровления), составлен график ее проведения. Для восстановления психоэмоционального состояния и укрепления здоровья проживающих организовано нововведение: применение цветотерапии, музыкотерапии, гарденотерапии, ароматерапии, библиотерапии, телесно-ориентированной терапии, где используются ароматические свечи, масла, диффузор, имеется тематическое музыкальное сопровождение, функционирует фитобар. Проводится ежедневная утренняя гимнастика с использованием наглядных пособий и спортивного инвентаря. Ежедневно проводится час адаптивной физической рекреации. Ежедневно отслеживается динамика укрепления здоровья проживающих. С целью организации индивидуального подхода к мероприятиям, направленным на оздоровление и повышение умственной и физической активности проживающих, разработаны и используются интегрированные упражнения.

Нашло свое воплощение в жизнь терапия для развития крупной и мелкой моторики: игры в лото, мозаику, нанизывание бусин, игры-шнуровки стали неотъемлемой частью реабилитационного воздействия. Использование элементов игры помогает психологически расслабиться, отвлечься от проблем, получить удовольствие. Так же в работе отделения круглосуточного пребывания осуществляется проектная деятельность.

Организована трудотерапия: помощь на приусадебном участке и на прилегающей территории, заготовка собственной выращенной продукции на зиму, уход за комнатными растениями. Все желающие вовлекаются в общественно полезную деятельность, поддерживают свою физическую активность, восстанавливают трудовые навыки. На территории отделения разбит фруктовый сад, ягодник, есть небольшой огород. Территорию украшают многочисленные клумбы. Выращивается на территории отделения более 8 видов лекарственных растений, которые потом используются для приготовления фито-чая.

Пожилые люди в отделении – верующие, поэтому для них организована молебная комната, где проживающие совершают обряд молебен в церковные

праздники. Сотрудничество со священником Православного храма, позволяет проживающим не покидая стен отделения причаститься, исповедаться, осветить воду.

Анализ опыта работы отделения показывает, что деятельность отделения организована с учетом специфики пожилых граждан и инвалидов (все проживающие из сельской местности), активно ведется медицинская реабилитация, проводятся мероприятия социокультурной направленности. Организована проектная деятельность, по нескольким направлениям реализованы проекты.

Продление жизненной и досуговой активности пожилых людей, предоставление им возможности с пользой реализовать свой жизненный и профессиональный опыт делает их более самостоятельными и независимыми не только с соседями, но и с ближайшими родственниками. В конечном счете, пожилой человек сохраняет присутствие духа до тех пор, пока исключает свою полную зависимость от других, не перекладывая на них ответственности за свои жизненные неурядицы.

**Список использованных источников:**

1. Деменция [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/dementia>. – Дата доступа: 05.02.19
2. Михайлова, А.В. Исследование степени деменции у лиц пожилого и старческого возраста в условиях отделения круглосуточного пребывания / А.В. Михайлова // Особенности формирования здорового образа жизни: факторы и условия: материалы IV Национальной научно-практической конференции (декабрь 2018). – Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2018. – 184 с.– С.81-82

**УДК 364.4-053.2:376.1-058.862**

**ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ДЕТЕЙ-СИРОТ  
(НА ПРИМЕРЕ УО «ВГПТК СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА»)**

**С.А.Воробьева, Н.Н.Семенова,**  
*ВГУ имени П.М. Машерова, г. Витебск*  
(e-mail: [semenova.natalya.1978@mail.ru](mailto:semenova.natalya.1978@mail.ru))

Одной из острейших социально-экономических и психолого-педагогических проблем в нашей стране, как и на всем постсоветском пространстве, является проблема социального сиротства – явления, при котором дети остаются без родительской опеки при живых родителях. В нашей стране на 1 января 2018 года численность детей-сирот составила 19,1 тыс., из них в семьях воспитывалось 15,7 тыс. (82%), в детских интернатных учреждениях – 3,4 тыс. (18%) [1].

В УО «Витебский государственный профессионально-технический колледж сельскохозяйственного производства» по состоянию на 01.09.2018г. обучается 17 человек относящихся к категории детей-сирот, детей оставшихся без попечения родителей, лиц из числа детей сирот.

Целью статьи является изучение социализированности личности обучающегося, относящегося к изучаемой категории, посредством применения методики изучения социализированности личности учащегося профессора М.И. Рожкова [2]. Выборку составили 17 респондентов в возрасте 15- 20 лет. Ответы респондентов обработаны, произведены расчеты для получения среднего коэффициента, полученные данные оформлены в сводной таблице.

Низкая степень социальной адаптированности выявлена у 6% (1 учащийся). Наибольшее количество учащихся имеют среднюю степень социальной