



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

Методичні вказівки
до проведення практичних занять з теми 26
**«Проблеми здоров'я людей старшого віку. Геріатрична
допомога»**
із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» для
студентів спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2020

Методичні вказівки до проведення практичних занять з теми «Проблеми здоров'я людей старшого віку. Геріатрична допомога» із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» / укладачі: В. А. Сміянов, О. І. Сміянова, С. М. Півень. – Суми : Сумський державний університет, 2020. – 46 с.

Кафедра громадського здоров'я

Зміст

	С.
Вступ.....	4
1. Розвиток геріатричної допомоги у світі.....	6
2. Геронтологія як наука про старіння людини.....	12
3. Стан здоров'я населення людей похилого віку в Україні та світі.....	19
4. Організація геріатричної допомоги.....	24
5. Проблеми насилля над особами старшого віку.....	31
6. Організація догляду (опіки) за людьми похилого віку.....	35
Основні терміни.....	41
Питання до самоконтролю.....	44
Список літератури.....	45

Вступ

1 жовтня в усьому світі відзначається Міжнародний день людей літнього віку, проголошений 50 сесією Генеральної Асамблеї ООН. Населення поважного віку частіше потребує підвищеної уваги і надання медичної та соціальної допомоги.

Україна належить до демографічно старих країн світу. Частка населення 60 років і старших становить 20,3 % з прогнозованою тенденцією до подальшого зростання. За даними Департаменту соціального і економічного розвитку ООН, вже до середини нинішнього сторіччя очікується збільшення цього показника в Україні до 38,1 %, зокрема частка людей 80 років і старших збільшиться в 3,5 рази.

На жаль, сучасний рівень надання медичної і соціальної допомоги населенню літнього віку в Україні не відповідає його реальним потребам і, як наслідок, призводить до зростання захворюваності та смертності. Про це свідчать і деякі показники. Зокрема, рівень поширеності хвороб серед населення старше працездатного віку, визначений за результатами комплексних медичних оглядів, вдвічі перевищує офіційні показники медичної статистики, отримані за даними звернень по медичну допомогу.

На цей час в Україні спостерігається негативна тенденція у стані здоров'я людей похилого віку, зростання смертності, скорочення тривалості життя. Кількість людей пенсійного віку збільшується. На сьогодні вона становить 11,5 млн. чоловік (22 % загальної чисельності населення). Водночас середня тривалість життя за останні 5 років скоротилася на 3-4 роки і становила 61,2 років для чоловіків і 72,7 років для жінок. Різниця між тривалістю життя чоловіків та жінок - 11,5 років, тобто найбільша у світі.

Спостерігаються істотні відмінності у стані здоров'я і тривалості життя населення різних регіонів. Особливо несприятлива ситуація складається в сільській місцевості.

Старіння населення на тлі несприятливих соціально-економічних та екологічних факторів супроводжується

погіршенням здоров'я, зростанням захворюваності, збільшенням питомої ваги хронічних патологічних захворювань.

Вікові зміни в організмі зумовлюють погіршення фізичного та психічного стану людей літнього віку, збільшення серед них кількості інвалідів та самотніх, які потребують сторонньої допомоги. У зв'язку з цим зростає потреба в різних видах суспільної допомоги.

Добробут людини похилого віку залежить від розміру пенсії, якості харчування, своєчасного надання повноцінної медичної допомоги, організації догляду за нею тощо.

Спад виробництва, економічна криза призвели до змін у пріоритетах соціальних програм, до погіршення функціонування інститутів, що раніше несли відповідальність за здоров'я та благополуччя літніх людей, до зростання вартості медичних послуг.

1. Розвиток геріатричної допомоги у світі

Учення про старість бере початок з моменту виникнення медицини, тобто з'явилося ще до нашої ери. Слід зазначити, що уже в 460 – 377 роках до н.е. в працях Гіппократа зустрічаються перші описи ознак старіння й хвороб людей у віці. Гіппократ учив тому, що лікар повинен лікувати не хворобу, а хворого, з огляду на його індивідуальні особливості й навколишнє середовище. Також Гіппократ та лікарі його школи пов'язували старіння з особливостями темпераменту, з сезонами року. На його думку, флегматики старіють швидше та особливо підвладні хворобам старості. Холерики, навпаки, в старості переживають найбільш здоровий та плідний період життя.

Гіппократом було зазначено, що влітку люди похилого віку відчувають себе бадьоріше, ніж взимку. До специфічних симптомів старості вчений відносив сечокам'яну хворобу, катаракту, зниження слуху, хвороби суглобів (включаючи подагру), безсоння та інші. Їм вперше розроблені схема гігієнічного режиму та рекомендації для старих людей: помірність у всьому, велика кількість рухів, баня, спеціальний масаж з травами, маслами для тіла і суглобів.

Необхідно зазначити, що саме школа Гіппократа вперше надала розмежування хронологічного віку людини. Так, вік від народження до 14 років він називав дитинством, від 15 до 42 років – зрілим віком, від 43 до 63 – старістю, а від 63 років і більше – довголіттям. На сьогоднішній день науковці користуються більш розгорнутою періодизацією віку людини (табл. 1). Завдяки зусиллям Гіппократу була побудована лікарня, де не тільки лікували хворих, а й викладали основи лікарського мистецтва. Крім того, для лікування використовувалася фізична гімнастика, масаж, ароматерапія, фітотерапія.

Найбільшим теоретиком античної медицини після Гіппократа, та незаперечним авторитетом у період до епохи Відродження вважався давньоримський лікар і натураліст Клавдій Гален, який вивчав старіння і старість як рівновагу між елементарними властивостями: теплом, холодом, вологістю,

сухістю, та вважав, що сутністю життя є рівновага між цими якостями.

Таблиця 1. Сучасна періодизація віку людини

Віковий період	Тривалість (роки)	
	хлопчики/чоловіки	дівчатка/жінки
Новонародженість	Перші 10 днів	
Грудний вік	10 днів – 1 рік	
Раннє дитинство	1 - 3	
Перше дитинство	4 - 7	
Друге дитинство	8 - 12	8 - 11
Підлітковий вік	13 - 16	12 - 15
Юнацький вік	17 - 21	16 - 20
Зрілий вік, 1-й період	22 - 35	21 - 35
Зрілий вік, 2-й період	36 - 60	36 - 55
Похилий вік	61 - 74	56 - 74
Старечий вік	75 - 90	
Довгожителі	90 і більше	

Відомо, що з віком настає зміна цих якостей у людини. Втрата теплоти, вологості тканин, зростання сухості людського тіла – всі ці явища Гален назвав поняттям «діскразія». Він відводив головну роль профілактиці старості шляхом дотримування дієт, правил особистої гігієни, масажів, активного способу життя. Припинення рухливого способу життя для старих людей розцінювалась як катастрофа з важкими наслідками.

Також Гален вперше звернув увагу на самотність як на одну із основних причин старіння. Тому вважав, що стара людина повинна жити в колі своєї родини, а родичі мають приділяти увагу літньому члену сім'ї. Також саме Гален рекомендував новий напрямок у медицині – герокомія, тобто вчення про старість.

Представник арабської медицини Авіценна (Абу Алі Ібн Сіна) був найвідомішим лікарем епохи Середньовіччя. Він здійснив значний внесок у різні галузі теоретичної і практичної медицини, а саме в: анатомію, фізіологію, хірургію, діагностику, терапію, фармакологію. Літнім людям Авіценна пропонував вживати молочно-рослинну їжу, небагато червоного вина, а також рекомендував прогулянки, масаж, верхову їзду й застосування проносних засобів.

В епоху Середньовіччя одним з прославлених лікарів Італії був Арнольд з Вілланова, який захоплювався алхімією і бачив у ній засіб для виготовлення цілющих ліків. Він уперше провів експериментальні розробки засобів продовження життя і боротьби зі старістю. На початку XIV ст. ним був написаний трактат «Салермські правила про здоров'я», в якому він описав правила режиму для літніх людей. На його думку, для досягнення довголіття необхідно дотримуватися режиму в активному віці – помірний спосіб життя, радісний настрій і відпочинок.

В XV – XVI ст. в Європі почалася епоха техніко-економічного прогресу, який супроводжувався бурхливим розвитком фізики, хімії, математики, формуванням раціонального наукового світогляду і революційними перетвореннями в галузі суспільних відносин. Значно збільшилися знання в області біології, у тому числі з анатомії і фізіології, що відіграють важливе значення для розуміння феномену старіння. Саме біологічні та фізіологічні процеси стали причиною того, що в області знання про старіння відбувалася відмова від спрощених уявлень минулого і формувалося розуміння, що прогрес природничих наук має призвести до пізнання і уповільненню процесу старіння та збільшення тривалості життя.

Отже, вважається, що з тих часів утворився методологічний базис геронтології, відбувся перехід від напівфантастичних, релігійно-містичних уявлень до реалістичних, відбулося накопичення спостережень і експериментальних фактів, значно збільшився обсяг кількісних

даних, для обробки яких стали застосовуватися статистичні методи. І хоча в цілому рівень розвитку науки і техніки того часу не дозволяв здійснити реалізацію нових, науково обґрунтованих методів продовження життя, проте їх розробка в наступні історичні періоди багато в чому була підготовлена саме філософськими і методологічними роботами вчених того часу.

З іменем англійського вченого XVI ст. Ф. Бекона пов'язаний наступний напрямок у розвитку геронтології як науки. Бекон здійснює спробу створення першої фундаментальної класифікації наук, розділивши їх на дві групи: науки про природу і науки про людину. Він вважав, що дослідження процесів старіння допоможуть розкрити його причини та можливості збільшення тривалості життя. Бекон першим відзначив негативний вплив шкідливих звичок на здоров'я та на прискорення старіння в цілому.

У 1796 р. німецький геронтолог К. Гуфеланд опублікував роботу «Мистецтво продовження людського життя, або макробіотика». Ця книга стала новим періодом розвитку вчення про старість. Згідно з визначенням Гуфеланда, макробіотика – це окрема галузь медицини, яка займається проблемами подовження тривалості життя. Макробіотика схожа на гігієну, але мета цих галузей різна. Гігієна ставить перед собою мету збереження здоров'я людини, а макробіотика – молодості. Водночас Гуфеланд починає здійснювати контроль над клінічним розвитком, симптоматикою і хворобами літніх людей через аутопсію померлих.

У XVIII ст. І. Фішер, який очолював російське міністерство охорони здоров'я, видав книгу «Про старість, її ступені та хвороби», в якій описав вплив екології та шкідливих звичок на конституціональні особливості та психічний стан людини. І. Фішера зазначив, що у профілактиці хвороб слід дотримуватися дієти, режиму харчування, загартовування з використанням природних факторів.

У XIX ст. в Німеччині, Англії та Франції основою досліджень в галузі науки про старіння стали клінічні спостереження. У Парижі відкривлися перші геронтологічні

центри. Пізніше спеціалізовані медичні установи для літніх людей з'явилися і в США.

Американський лікар І. Нашер вважав, що старість – це хвороба, перед якою медицина безсила. Науку про хвороби похилого і старечого віку він назвав геріатрією за аналогією до педіатрії – наукою про хвороби дитячого віку. Під керівництвом І. Нашера у 1912 р. в Нью-Йорку було створено перше наукове товариство геріатрів. У 1914 р. за його ініціативою був виданий перший посібник з геронтології та геріатрії для студентів-медиків і лікарів. Також Нашером обґрунтовується необхідність створення спеціалізованих медичних закладів для лікування людей похилого віку. Тому за короткий період у США виникли великі центри і клініки, в яких широко вивчалися проблеми геронтології, геріатрії та соціальні проблеми старості.

На початку XIX ст. з'явилася книга Е. Енгальчева «Про продовження людського життя», у якій він підтримав позицію І.Фішера, щодо необхідності профілактики хвороб, загартовування і дотримання режиму харчування у боротьбі з старінням.

На розвиток геронтології в Росії вплинули ідеї С. П. Боткіна та І. І. Мечникова. Боткін відзначав, що ознаки старіння у різних людей розвиваються не одночасно, з різною динамікою. Він розглядав фізіологічне і патологічне старіння. У свою чергу, І. І. Мечников вважав, що «старість є хвороба, яку потрібно лікувати», а «смерть раніше 150 років – насильницька смерть». Відповідно до своєї теорії, для омолодження і збільшення тривалості життя Мечников пропонував вживати кисломолочні продукти, які пригнічують діяльність гнильних бактерій. Багато його ідей щодо профілактики старіння і боротьби за довголіття зберегли свою актуальність і у наш час.

Засновником радянської геронтології вважають А. А. Богомольця. У 1938 р. за його ініціативи в Києві відбулася перша у світі наукова конференція, присвячена проблемам старості і профілактики передчасного старіння, де одним із важливих наукових напрямків стало обговорення гіпотези щодо

максимального продовження людського життя – до 150 років і більше.

У 1958 р. в Києві був створений перший у СРСР Інститут геронтології та геріатрії Академії Медичних Наук (АМН) СРСР, де керівниками кафедри геронтології працювали видатні вітчизняні вчені В.В. Фролькіс, О.В. Коркушко, А.В. Токар та ін. Цей інститут став провідним геронтологічним центром в СРСР, що повністю спеціалізувався на фундаментальних проблемах старіння.

У 1963 р. в Радянському Союзі було засновано Всесоюзне наукомедичне товариство геронтологів і геріатрів, яке через три роки увійшло в Міжнародну асоціацію геронтологів.

Провідними напрямками в геронтології на той час вважали експериментально-біологічний, клініко-фізіологічний, соціально-гігієнічний. Досягнення радянських геронтологів високо цінувалися в науковому середовищі і отримали заслужене визнання за кордоном. Подальша розробка цих напрямків призвела до виникнення нової галузі науки – соціальної геронтології, яка вийшла за межі вузьких академічних досліджень, отримала статус самостійної навчальної дисципліни.

2. Геронтологія як наука про старіння людини

Геронтологія – це наука про старість і старіння, що вивчає процеси старіння із загально-біологічних позицій, а також досліджує суть старості та вплив її настання на людину і суспільство.

Геронтологія має три основних складових розділи:

1. **Біологія старіння** – розділ геронтології, що поєднує вивчення процесу старіння живих організмів (вищих тварин і людини) на різних рівнях їх організації: субклітинному, клітинному, органному й системному. Біологія старіння вивчає механізми нормального старіння тварин і людини, використовує методи експериментального дослідження на тваринах з різною видовою тривалістю життя й клініко-фізіологічне дослідження людини в різні вікові періоди.

2. **Геріатрія** – вчення про хвороби людей літнього й старшого віку. Вивчає виникнення, розвиток, діагностику, лікування, попередження вікової патології, особливості звичайних захворювань у літньому віці, організацію медико-соціальної допомоги особам старших вікових груп.

3. **Соціальна геронтологія** – вивчає вплив умов життя на процеси старіння, розробляє заходи, спрямовані на усунення негативного впливу факторів навколишнього середовища з метою максимального продовження активного й повноцінного життя людини. Це вчення про взаємозв'язок між віком старіючої людини, його здоров'ям і працездатністю в умовах навколишнього середовища. *Соціальна геронтологія вивчає* питання соціальної статистики, вплив соціально-економічних факторів на якість життя літніх, положення людей похилого віку в родині й суспільстві, взаємини між поколіннями й інші, а також вплив фактора старіння населення на розвиток країни. Соціальна геронтологія поєднує дані про спосіб життя старіючої людини (праця в перед пенсійному і пенсійному віці, гігієна харчування, відпочинку, режим рухової активності, особиста гігієна і інші), з'ясовує причини раннього старіння, у тому числі й раннє професійне старіння.

Необхідно чітко розрізнати поняття старіння і старість.

Старість – закономірно наступаючий заключний період вікового індивідуального розвитку. Старіння – це процес, що призводить до зниження фізіологічних функцій організму. Старіння представляє собою постійно розвиваючі і незворотні зміни структур і функцій живої системи. Старіння – це перш за все функція часу, його не можна зупинити. Старість і смерть – неминучі.

Старіння – процес суперечливого розвитку живих клітин від моменту зародження життя до його закінчення. Для етапу індивідуального розвитку життєві програми запрограмовані, включаючи старіння і закінчення життя.

Основні поняття геронтології – вік, старіння, старість, довголіття, безсмертя – відображають людські уявлення про життєві процеси, об'єктивні закони життя, а також сильне бажання жити довго. Існує декілька класифікацій за ступенем постаріння населення.

Класифікація ООН (за питомою вагою людей старших 65-ти років):

1. Молоде населення - менше 4 %.
2. Зріле - 4-7 %.
3. Старе - більше 7 %.

Класифікація Е. Росseta (за питомою вагою літніх людей старших 60-ти років):

1. Прелюдія до старості - 8-10 %.
2. Фаза старіння - 10-12 %.
3. Демографічна старість - більше 12 %.

Класифікація ВООЗ (хронологічні періоди старіння):

1. 60-74 років - похилий вік.
2. 75-89 років - старечий вік.
3. Більше 90 років - довгожителі.

Деякі автори об'єднують їх в одну групу - “людей похилого віку”, в загальній літературі більш поширеним є термін “літні люди”.

Загальні закономірності процесу старіння

Закономірності – це стійкі, повторювані, об'єктивно існуючі суттєві зв'язки у даному явищі. Старіння пов'язане зі змінами, що проходять на всіх рівнях організації життєвої матерії. Закономірні вікові зміни організму називають *гомеорезом*. Визначення гомеореза дозволяє прогнозувати темп старіння – природний, прихований чи повільний.

Існує дві традиційні точки зору на причини розвитку старіння (закономірності):

Старіння – генетично запрограмований процес, результат закономірної реалізації програми, закладеної у генетичному апараті.

Старіння – результат руйнування організму, викликаний різними факторами, дія яких повторюється і накопичується на протязі всього життя.

Відомий геронтолог В. В. Фролькис писав, що кожна людина легко може визначити відмінність між молодим і старим, але ніхто не може дати вичерпну наукову характеристику суті старіння і механізмів її розвитку.

Зараз існує більш як 200 різних теорій процесу старіння. Найбільш розробленими є біологічні теорії – це теорії "програмованого" і "непрограмованого" старіння.

Представники **теорії "програмованого"** старіння вважають, що функціонування живого організму запрограмоване природою лише на період його активної життєдіяльності, яка включає зростання організму і здатність до репродукції. Вважається, що у природі завжди діяв і діє закон природного відбору, тому старі особини у природних умовах зустрічаються рідко. Отже, відповідно до цієї теорії процес старіння регулюється генетичними механізмами, завдяки яким відбувається еволюція живої природи. Таким чином середня тривалість життя визначається комбінацією приблизно 200 генів. Програмоване старіння вчені пов'язують з "біологічним годинником", встановленим на певний час смерті. Такий годинник діє єдино для всіх клітин організму або окремо для кожного виду клітин (багато клітин запрограмовані на певну кількість поділів). Зміни, пов'язані зі старінням, підконтрольні

біологічному датчику, функція якого стежити за розвитком біологічного організму доти, поки він не досягне статевої зрілості й здатності до розмноження. Після виконання програми порушується діяльність гіпоталамусу та ендокринної системи, що приводить організм до зниження його фізіологічних функцій.

Але у процесі змін, пов'язаних зі старінням, можуть діяти й інші механізми, не включені в генетичну програму, які здійснюють **«непрограмований» вплив** на організм. Такий вплив може відбуватися в результаті випадкового ушкодження клітини, незвичайного впливу на молекули, які змінюють структуру клітини, її функцію й сам процес метаболізму. Ці незвичайні зміни можуть торкнутися й молекули ДНК. У результаті нормальних метаболічних процесів у межах клітин можуть утворюватися отруйні побічні продукти типу вільних радикалів. Вони можуть ушкодити мембрану клітини та викликати збій у передачі генетичної інформації ДНК.

У наступній теорії **«теорії роз'єднання»** причиною старіння вважається неминучий процес послідовного руйнування соціальних зв'язків. Виражається у зміні мотивації й спаді комунікативності. Відокремлення людини від соціуму проявляється у втраті попередніх соціальних ролей, в погіршенні стану здоров'я, зниженні прибутків, втраті або віддаленні близьких людей. Процес роз'єднання є біологічно і психологічно обґрунтованим та неминучим. Вчені зазначають, що розрив між особистістю та суспільством відбувається незабаром після виходу на пенсію, але за інерцією людина похилого віку продовжує підтримувати старі зв'язки, цікавиться тим, що відбувається на роботі. Потім ці зв'язки стають все більш штучними та поступово перериваються. Кількість інформації, яка надходить людині, зменшується, коло її інтересів звужується, падає активність, що прискорює процес старіння.

Теорія активності або «нової зайнятості» є протилежною попередній. В ній наголошується на позитивній кореляції між рівнем активності та задоволенням від життя. Відповідно до

теорії вважається, що старіння пов'язане із соціальною переорієнтацією, залученням в життя суспільства, створенням нових соціальних зв'язків та отриманням задоволення від цього.

Група **психологічних теорій** старіння та старості визнає, що людське існування має підставу – долю, але люди вільні створювати на цій основі будь-що відповідно до свого вибору.

За теорією **витрачення «життєвої» енергії в клітинах** вважається, що кожний організм отримує у спадщину визначену кількість «життєвого фермента», який з часом витрачається і наближує організм до смерті.

Теорію дисгармонії представляє концепція внутрішніх протиріч, згідно якої старіння є результатом порушення можливості оновлення клітини.

За **інтоксикаційними теоріями старіння** вважається, що старіння представляє собою процес самоінтоксикації в результаті збільшення рівня токсинів у клітині, накопичення яких призводить до смерті.

Теорія старіння, розроблена В. В. Фролькисом, зазначає, що старіння організму пов'язане перш за все з порушення механізмів саморегуляції і процесів переробки і передачі інформації на різних рівнях життєдіяльності. Отже, на думку вченого, основні прояви старіння організму є результатом вікових змін мозку.

Болгарський геронтолог Г. Стойнева, вважає, що близькі до істини теорії старіння – це теорії, які розглядають процес старіння як біосоціальні явища.

Виділяють **основне питання геронтології**: яким слід вважати процес старіння – нормальним, фізіологічним чи хворобливим, патологічним? Ще вдавнину римський філософ Теренцій Публій висловив думку, що «старість є хвороба», а Сенека підкреслив, що старість – «невеликовна хвороба». Гален був переконаний, що старість – це не хвороба, але і не здоров'я, характерне для молодості. І розміщував старість на півдорозі між хворобою і здоров'ям. Френсіс Бекон вважав, що старість представляє собою хворобу і її треба лікувати.

І. В. Давидовський розділив старість за біологічними причинами на ранню і пізню.

Види старіння:

1. **Природне (фізіологічне, нормальне)** старіння характеризується визначеним типом і послідовністю вікових змін, що відповідають біологічним, адаптаційно-регулятивним можливостям даної людської популяції.

2. **Сповільнене (ретардіроване)** старіння відмічається більш повільним, темпом вікових змін. Проявом цього типу старіння є феномен довголіття.

3. **Передчасне (патологічне, прискорене)** старіння характеризується раннім розвитком вікових змін чи вираженим їх проявом у ранні вікові періоди. Причиною може бути вплив ряду факторів зовнішнього середовища (кліматичних, професійних, соціально-економічних, екологічних, побутових), дія різних захворювань на функції фізіологічних систем і органів людського організму. Такі захворювання, як ішемічна хвороба серця, хронічні захворювання органів дихання, виразкова хвороба, цукровий діабет сприяють передчасному старінню. Причиною прискореного старіння також можуть бути емоційна перенапруга, психічні стреси, радіоактивне випромінювання, гіподинамія, шкідливі звички, забруднення навколишнього середовища та інші.

Відомі випадки прогерії, коли характернее для старіння зміна зовнішнього вигляду й діяльності внутрішніх органів відзначається навіть у ранньому віці. Отже, передчасне старіння може бути спадково обумовленим.

Передчасне старіння виявляється на 4-5-му десятилітті, в результаті ранньої дезадаптації, обмеження інтересів, незадоволення життям, дестабілізації особистості. Тому завданням геронтології є не тільки продовжити життя, а навчити людей своєчасно розпізнавати суттєві ознаки старіння і контролювати їх розвиток. Прояви передчасного старіння це: легка стомлюваність, зниження працездатності, ранні зміни пам'яті, емоційної сфери, репродуктивної здатності, зниження

адаптаційних можливостей серцево-судинної та дихальної систем.

Процес старіння можна розділити на три взаємозалежних процеси:

1. **Психологічне старіння** – процес особистого ставлення індивіда до свого старіння при порівнянні із процесом старіння інших людей. Включає:

- як індивід уявляє собі свій процес старіння (молоді люди можуть почувати себе психологічно більш старими);

- специфічне відчуття психологічної старості, при якому відзначаються як об'єктивні ознаки (зниження інтелектуальних здібностей, звуження емоційної сфери), так і суб'єктивні прояви.

2. **Біологічне старіння** – біологічні зміни організму з віком (інволюція);

3. **Соціальне старіння** – як індивід пов'язує старіння з суспільством; поведіння й виконання соціальних ролей літніми людьми.

Сучасна геронтологія включає в свій теоретичний і практичний інструментарій результати і методи інших наук, і розділяється на окремі галузі знань.

Основними розділами сучасної геронтології є:

- **фундаментальна геронтологія** – вивчає механізми старіння, займається питанням профілактики передчасного старіння і продовження життя;

- **соціальна геронтологія** – вивчає взаємодії літніх людей і суспільства, існування їх в соціальному середовищі;

- **геріатрія** – вивчає проблеми надання медичної допомоги літнім людям.

Головним завданням сучасної геронтології та геріатрії є профілактика передчасного старіння, яка спрямована на збереження здоров'я і активного довголіття людей похилого та старечого віку, а також вивчення особливостей старіння, пов'язаних з впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища.

3. Стан здоров'я людей похилого віку в Україні та світі

Однією з причин того, що старіння стає ключовим політичним питанням, є стрімке зростання числа літніх людей у складі населення країн світу.

Частка людей старших за 60 років перевищує 30% тільки в одній країні – Японії. І до середини століття в багатьох країнах буде спостерігатися збільшення частки населення похилого віку. До таких країн відносять не тільки країни Європи і Північної Америки, але і В'єтнам, Ісламську Республіку Іран, Китай, Республіку Корею, Російську Федерацію, Таїланд і Чилі. Проблема старіння населення менш для країн Африки.

У багатьох країнах темпи старіння населення також суттєво перевищили аналогічні показники, що спостерігалися в минулих роках. Згідно зі звітом «Світові демографічні перспективи: переглянуте видання 2019 року», до 2050 року кожна шоста людина в світі буде старше 65 років (16% населення), в порівнянні з кожним 11-м в 2019 році (9% населення). До 2050 року вік кожного четвертого жителя Європи і Північної Америки буде 65 років і старше. У 2018 році вперше в історії число людей у віці 65 років і старше перевищила число дітей у віці до п'яти років у всьому світі. Згідно з прогнозами, число людей у віці 80 років і старше потроїться: з 143 мільйонів в 2019 році до 426 мільйонів у 2050 році.

Загальні хронічні стани літніх людей у світі включають: серцево-судинні захворювання, рак, хронічний бронхіт або емфізема, інсульт, цукровий діабет, хвороба Альцгеймера. Хронічні стани знижують якість життя літніх людей і є однією з основних причин смерті серед цієї групи населення.

Україна входить до 30 найстаріших країн. Частка осіб віком 60 років і старше у 2015 році становила 21,8%, а частка людей віком 65 років і старше – 15,5% від загальної чисельності населення. Згідно з національним демографічним прогнозом, до 2025 року частка осіб віком понад 60 років становитиме 25%

загальної кількості населення, віком 65 років і старше – 18,4%, у 2030 році – понад 26% і понад 20% відповідно.

Середній вік населення України становить 40,6 років: для чоловіків – 37,4, для жінок – 43,7 років. Сучасна демографічна ситуація характеризується поступовим старінням населення України. Внаслідок постійного зниження народжуваності впродовж останнього століття, частка дітей знизилась з 40 % на початок ХХ століття до 15 % на початок ХХІ століття. Частка працездатного населення змінювалася повільно і коливалась у межах 60 – 62 %. Натомість, зі збільшенням тривалості життя і зниженням смертності, спостерігалось зростання частки населення віком за 60 років.

Вікова структура населення України, станом на 2019 рік, має такий вигляд:

1. діти віком до 14 років – 15,4% (5 млн 756 тис.);
2. ранній працездатний вік, 15-24 роки – 9,6 % (3 млн 584 тис.);
3. основний працездатний вік 25-54 роки – 44,1 % (16 млн 458 тис.);
4. зрілий працездатний вік, 55-64 роки – 14,1 % (5 млн 243 тис.);
5. літні люди, 65 років і старше – 16,8% (6 млн 248 тис.).

Аналіз даних Державної служби статистики свідчить, що чисельність наявного населення в Україні на 1 січня 2019 року становила 42153,2 тис. осіб (рис. 1, 2).

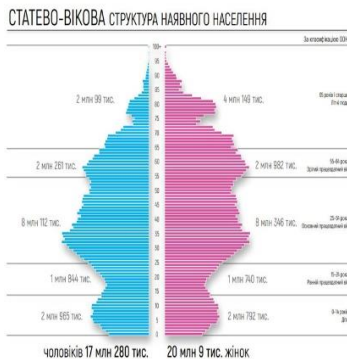


Рис. 1. Статеві-вікова структура наявного населення України станом на 2019 рік.

Чисельність населення зменшилася на 233,2 тис. осіб упродовж 2018 року порівняно з 2017 р., а обсяг природного скорочення збільшився на 41,7 тис. осіб (рис. 1, 2)

РОЗПОДІЛ НАЯВНОГО НАСЕЛЕННЯ ЗА СТАТТЮ І РЕГІОНАМИ

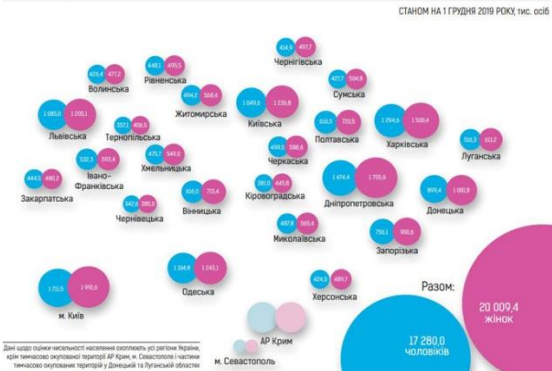


Рис. 2 Розподіл наявного населення України за статтю і регіонами.

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

Захворюваність населення похилого віку України характеризується: хронічним комплексним характером патології, частими загостреннями та ускладненнями основного процесу, атипичним перебігом і тривалим періодом одужання. За даними комплексних медичних оглядів рівень захворюваності в непрацездатному віці становить 4295,1 ‰, що в 2,6 рази вище показника за даними звертань за медичною допомогою.

Серед показників, які характеризують втрату здоров'я населення є показники захворюваності (первинної та загальної) за даними звертань до медичних закладів. Показники захворюваності демонструють зростання протягом останнього десятиріччя поширеності захворювань серед літніх осіб в Україні. Найпоширенішими серед літніх людей є захворювання

системи кровообігу (на них припадає дещо більше 1/2 зареєстрованих хвороб), за ними зі значним відривом слідують хвороби органів травлення та органів дихання. Помітним є і внесок хвороб кістково-м'язової системи, захворювань ока і його придаткового апарату та ендокринних хвороб у загальну захворюваність літніх осіб.

Склад первинних захворювань вирізняється найвищою часткою хвороб органів дихання (близько 1/4 звертань), вагомим внеском серцево-судинної патології (1/5 вперше виявлених хвороб), більшою, ніж у складі загальної захворюваності, часткою хвороб ока та його придаткового апарату, травм та отруєнь і хвороб кістково-м'язової й сечостатевої систем.

Підвищення загальної (накопиченої) захворюваності літніх людей за останнє десятиріччя відбулось за переважною більшістю класів хвороб (за винятком інфекційної патології, травматизму, отруєнь та інших зовнішніх дій). При цьому випереджувальні темпи продемонстрували хвороби крові та кровотворних органів, ендокринної системи, захворювання органів травлення, сечостатевої системи, а найбільше – новоутворення та хвороби системи кровообігу.

Підвищення первинної захворюваності літніх торкнулось усіх класів патологій за винятком симптомів, ознак та неточно визначених станів, вроджених вад та травматизму.

З кожним десятиліттям число деяких захворювань (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба, судинні патології) подвоюється або потроюється. Причому чим старше людина, тим більше в неї хвороб (захворюваність осіб старше 70 років у 2,9 рази вище, ніж у віці 60-69 років; а за окремими захворюваннями ця різниця досягає 5 разів).

Чим старше людина, тим більше виражена потреба у спеціалізованій медичній допомозі (офтальмологічній, кардіологічній, урологічній тощо). Хвороби ніби «нашаровуються» одна на іншу й обтяжують протікання одна одної. Найпоширенішими хворобами у людей старше 60 років є: хвороби серцево-судинної системи, кістково-м'язової системи, органів дихання, травлення, нервової системи і органів чуття,

новоутворення. Відзначаються також психічні захворювання, властиві старим людям: органічні ураження і функціональні психози.

За результатами багатьох досліджень було встановлено розходження за статтю у захворюваннях людей старшого віку. У жінок частіше зустрічається гіпертонічна хвороба, порушення обміну речовин, цукровий діабет, катаракта, глаукома, варикозне розширення вен і хвороби печінки. У чоловіків – захворювання дихальної системи, виразкова хвороба, хвороби сечостатевої системи, вони частіше піддаються травмам. Загальний рівень захворюваності у чоловіків вище.

При вивченні стану здоров'я людей літнього віку необхідно враховувати також їхню здатність до самообслуговування і рухливість. Якщо у віці до 65 років 93 % осіб мають гарну рухливість, то після 80 років – тільки 23 %. Близько 30 % людей старше 80 років повністю залежать від інших осіб. Госпіталізація старих людей часто зумовлена не медичними, а соціальними показниками, а це приводить до подовження періоду їхнього перебування на лікарняному ліжку.

4. Організація геріатричної допомоги

Проблеми організації адекватної медичної та соціальної допомоги людям похилого віку актуальні для багатьох країн світу в зв'язку з тим, що заклади геріатричного профілю не спроможні повністю задовольнити їх потреби.

Це пов'язано з недостатнім фінансуванням, яким опікується держава, медичне страхування, благодійні фонди, церкви, громадські організації. З огляду на це ВООЗ переорієнтувала свою політику на максимальне забезпечення медичної допомоги в домашніх умовах, серед рідних, із максимальною соціальною адаптацією та активізацією. Проблема організації адекватної медичної допомоги вельми актуальна для України. Сучасний рівень надання медичної і соціальної допомоги населенню літнього віку в Україні не відповідає його реальним потребам і має високу соціально-демографічну вартість – зростання захворюваності і смертності.

Потреби населення старшого віку у амбулаторній, терапевтичній і спеціалізованій, консультативній допомозі не задовольняються, у середньому на 47,0 %; реабілітаційному поліклінічному лікуванні – на 81,0%; організації стаціонарів вдома – на 71,1%; швидкій медичній допомозі – на 32,5%; стаціонарному інтенсивному лікуванні – на 26,2 %; соціально-побутовому обслуговуванні – на 20,5%. Для літніх мешканців сільської місцевості показники якості і доступності медичної допомоги значно нижчі, ніж для міських. ***Нині в Україні відсутня єдина скоординована система геріатричної допомоги населенню.*** Загальні державні форми медико-соціальної допомоги літнім людям в Україні включають систему загальних закладів охорони здоров'я і спеціальних геріатричних структур Міністерства охорони здоров'я, систему амбулаторних і стаціонарних закладів Міністерства праці і соціальної політики, а також громадські та релігійні організації (товариство Червоного Хреста України, Карітас України, Хессед).

Розвиток системи організації геріатричної допомоги в Україні, розпочатий у 1997 році продовжується до сьогодні.

До обов'язкових закладів належать:

1. *Амбулаторно-поліклінічні:*

- геріатричний центр;
- геріатрична поліклініка;
- геріатричні кабінети, медично-соціальні відділення.

2. *Стаціонарно-замінюючі:*

- денна геріатрична лікарня (при НДІ геронтології);
- домашній, денний стаціонар.

3. *Стаціонарні заклади:*

- геріатричне відділення для довгострокового лікування хронічно хворих;
- геріатрична лікарня;
- пансіонат у системі закладів соціального захисту населення.

4. *Геріатрична аптека.*

Амбулаторно-поліклінічна допомога забезпечує первинну та спеціалізовану допомогу, лабораторні, рентгеноскопічні, інші лікувальні та реабілітаційні види обслуговування. Вони надаються всім людям літнього віку і включають як обов'язкові щорічні медичні огляди інвалідів війни так і постійний медичний нагляд з організації стаціонару вдома тяжких хворих. **Первинною ланкою** амбулаторно-поліклінічної допомоги літнім людям є *дільничний лікар-терапевт або сімейний лікар*. На його робоче навантаження припадає до 60 % амбулаторного обслуговування і 90 % допомоги вдома літнім хворим. Таким чином він є геріатром, і має бути спеціально підготовленим із актуальних питань геронтології і геріатрії. Зі збільшенням віку населення росте потреба в амбулаторній допомозі та зменшується кількість звертань до поліклінічних установ. Особливо в сільській місцевості мешканці в переважній більшості випадків звертаються до поліклініки 1 раз на рік або жодного разу. Низькі показники звернень сільського населення літнього віку до дільничної амбулаторії обумовлені зниженням їх фізичних можливостей, віддаленістю медичних закладів від місця проживання, недосконалістю транспортного зв'язку.

Найбільша кількість відвідувань поліклініки припадає на вересень-грудень і березень-травень. У “холодні” місяці року ожеледиця в поєднанні зі зниженими фізичними можливостями заважає старим людям добиратися до поліклініки. Більшість чоловіків звертається за допомогою в разі виникнення гострих станів, для проходження медоглядів, отримання рецептів. Упершу чергу це стосується інвалідів війни. Жінкам більш притаманна профілактична спрямованість медичної допомоги.

Структура звертань міського та сільського населення за медичною допомогою має розбіжності за винятком таких: з метою виписки рецептів – друге, профілактичного обстеження та отримання порад – четверте і лабораторного обстеження – п'яте місця. Звертання з приводу диспансерного нагляду та з'ясування причин скарг на здоров'я та загострення хвороб посідають перше й третє місця серед міського та сільського населення.

Більша питома вага звертань у сільській місцевості з приводу загострень хвороб, консультацій і отримання порад лікаря свідчать про необхідність посилення диспансерного нагляду за пацієнтами літнього віку. Оскільки реальні терміни обстеження літніх людей потребують у 2,0- 3,7 рази більше часу, виникає необхідність у перегляді робочого навантаження при плануванні діяльності амбулаторної служби в демографічно «старих» районах обслуговування.

Стаціонарне лікування літніх хворих проводиться мережею багатопрофільних і спеціалізованих лікарень. Стаціонарна медична допомога є важливою ланкою в системі лікувально-профілактичного обслуговування населення непрацездатного віку. Серед усіх госпіталізованих до територіальних стаціонарних медичних закладів на їх частку припадає в середньому 32,3 %.

Найбільша частка пацієнтів 60 років і старших лікується в кардіологічних (58,4 %), терапевтичних (30,5 %), неврологічних (29,6 %), офтальмологічних (22,8 %) і гастроентерологічних (15,2 %) відділеннях. Переважна більшість (81,2 %) має комплексну хронічну патологію. Загальний рівень госпіталізації

літніх хворих у сільській місцевості нижчий, ніж у містах. У той же час для чоловіків він у 1,6-1,9 раза вищий, ніж для жінок. Вікова структура госпіталізованих літніх пацієнтів співпадає з загальною віковою структурою – співвідношення кількості пацієнтів 60-69, 70-79, 80 років і старших становить 6,1:2,8:1,0. Найбільший відсоток госпіталізованих у місті становлять хворі 60-69 років. Ургентна госпіталізація літніх людей становить 28,5 % випадків і значною мірою пов'язана з їх запізнитим звертанням. У структурі госпіталізованих на частку хвороб системи кровообігу, органів дихання, травлення, нервових та онкологічних припадає 87,7 %.

На тривалість перебування в стаціонарі впливає низка чинників: нозологічна форма, вік, порядок госпіталізації, супутні діагнози, соціальне становище.

Отже, стаціонарна допомога надається в клініках усіх рівнів, а також у спеціалізованих геріатричних закладах: шпиталях для інвалідів війни, які функціонують у всіх регіонах країни, у спеціальних відділеннях довготривалого лікування хворих у складі багатoproфільних лікарень. Широкої розповсюженості набуває практика лікування літніх людей у позалікарняних формах медичної допомоги: денних стаціонарах та стаціонарах вдома. Одним із важливих питань організації ефективного функціонування геріатричної служби є **реабілітаційна допомога**, яка надається в клініках, а також у денних реабілітаційних відділеннях поліклінік і стаціонарів, реабілітаційних відділеннях і кабінетах у закладах амбулаторно-поліклінічної мережі, реабілітаційних відділеннях стаціонарних соціальних установ тощо.

Медична допомога в домашніх умовах передбачає розширення обсягу діяльності середнього медичного персоналу, в ідеалі патронажної геріатричної сестри. На сучасному етапі стаціонар вдома організовує та обслуговує дільнична терапевтична бригада (дільничний терапевтабо сімейний лікар і медичні сестри). Організація адекватної домашньої медичної допомоги є однією з найгостріших проблем сьогодення. Потреба в ній визначається насамперед руховою обмеженістю,

нездатністю до самообслуговування та самотністю хворого. Темпи розвитку потреб зростають, але не мають відповідного забезпечення. Літні люди в три рази частіше викликають додому дільничного терапевта й в 3-5 разів – швидку та невідкладну медичну допомогу. Серед усього дорослого населення, яке протягом року потребує медичної допомоги вдома та звертається за нею, частка літніх людей становить від 85,3 % у сільській місцевості і до 53,2 % у містах.

Систему організації медичного обслуговування в домашніх умовах доцільно розвивати за такими напрямками:

1. спостереження лікарем сімейної практики за станом здоров'я людей похилого віку з чітко встановленою періодичністю;
2. лікувально-консультативні відвідини спеціалістами поліклініки;
3. розгортання «домашніх стаціонарів» у гострому періоді захворювання;
4. розгортання «реабілітаційних надомних стаціонарів» для відновлювального лікування пацієнтів;
5. довготривала медико-соціальна реабілітація;
6. швидка медична допомога.

Психіатрична допомога надається літнім людям у загальній мережі закладів охорони здоров'я:

- спеціалізованих кабінетах поліклінік;
- психіатричних лікарнях;
- психіатричних диспансерах;
- денних психіатричних стаціонарах.

Головною формою комплексного соціального обслуговування населення похилого віку є **територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів**, до складу яких входять усі районні структури соціально-побутової допомоги літнім самотнім людям та інвалідам. В Україні функціонують близько 700 територіальних центрів і 890 відділень соціального обслуговування вдома, які допомагають більш ніж 500 тис. самотнім непрацездатним громадянам. У межах цих закладів функціонують відділення

медичної реабілітації та психотерапевтичної підтримки. Але ще не набула широкого розповсюдження практика взяття на облік самотніх старих людей із психічними розладами загальними соціальними службами надомної допомоги. Слід наголосити, що усі вище зазначені форми амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної медико-соціальної допомоги не однаково розвинуті в усіх регіонах України, працюють недостатньо ефективно, а також їх діяльність не скоординована у єдину комплексну систему геріатричної допомоги населенню.

Висококваліфікована консультативна допомога надається на всіх етапах медичного обслуговування - від лікарів-спеціалістів до вчених. Інститут геронтології вивчає процеси старіння та особливості лікування, надає висококваліфіковану, спеціалізовану, консультативно-лікувальну допомогу літнім людям. На базі цього закладу функціонує консультативна геріатрична поліклініка, денний стаціонар і клінічні відділення, а також відповідна кафедра Академії післядипломної підготовки лікарів.

Зростання потреб літнього населення в загальній і спеціалізованій допомозі потребує додаткового фінансування галузі та підвищення відсотка витрат на систему охорони здоров'я. На міжнародному рівні (Генеральна асамблея ООН, Всесвітня медична асоціація) прийняли низку документів, що регулюють основні юридичні та правові питання становища літніх людей. Відповідно до документів та рекомендацій ВООЗ розроблена «Концепція державної системи геріатричної допомоги населенню в Україні», план заходів з реалізації «Стратегії державної політики з питань здорового та активного довголіття населення на період до 2022 року».

Визначено пріоритетні напрямки розвитку системи геріатричної допомоги населенню, а саме:

1. профілактична спрямованість;
2. пріоритетність медичної реабілітаційної допомоги;
3. стандартизація та адресність послуг;
4. зближення геріатричних послуг і форм сестринського догляду;

5. розвиток системи первинної геріатричної допомоги;
6. подолання різниці між обсягом і якістю медико-соціальної допомоги літнім людям, що мешкають в місті та селі;
7. формування престижу літньої людини в родині та суспільстві.

Основним принципом державної допомоги є відповідність між її обсягом і станом здоров'я. Розроблено положення про гарантований рівень і обсяг геріатричної допомоги населенню за 4 класами:

1 клас – літні люди, що потребують періодичного медичного спостереження та не потребують соціально-побутового обслуговування.

2 клас – літні люди, що потребують активного медичного спостереження, максимального наближення до медико-соціальної допомоги за місцем проживання.

3 клас – люди, що мають множинну хронічну патологію та потребують кожен день почасти соціально-побутової допомоги.

4 клас – літні люди, що втратили здатність до самообслуговування та потребують постійної медичної та побутової допомоги, тимчасового або постійного перебування в пансіонаті (будинку-інтернаті) для пенсіонерів, послуг кімнат медико-соціальної допомоги товариства Червоного Хреста.

5. Проблеми насилля над особами старшого віку

Статтею 28 Конституції України визначено, що жодна людина не може бути піддана катуванню, жорстокому, нелюдському або такому, що принижує її гідність, поводженню чи покаранню. У 2001 році Верховна Рада прийняла Закон України «Про попередження насильства в сім'ї», яким визначено правові й організаційні основи попередження насильства в сім'ї. Визначено поняття «**насильство в сім'ї**» - умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї стосовно іншого, якщо ці дії порушують конституційні права й свободи члена сім'ї як людини та громадянина, завдають йому моральної шкоди, шкоди його фізичному чи психічному здоров'ю. Важливим кроком до обмеження виявів дискримінації стало прийняття Верховною Радою України у вересні 2012 р. спеціального Закону України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні», яким закріплено принцип недискримінації кожної людини в трудових відносинах, охороні здоров'я, соціальному захисті, житлових відносинах, доступі до товарів і послуг тощо.

Проблеми з якими найчастіше стикаються люди похилого віку – це домашнє насильство. Виділяються такі види насильства:

1. **економічне насильство** – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я;

2. **сексуальне насильство** – посягання на статеву недоторканість члена сім'ї, у тому числі сексуальні дії стосовно власної дитини;

3. **фізичне насильство** – умисне нанесенні члену сім'ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, спалювання його честі й гідності;

4. *психологічне насильство* – дія одного члена сім'ї на психіку іншого словесними образами або погрозами, переслідуванням, залякуваннями, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю.

Відповідно до Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» до кривдника можуть застосовуватися спеціальні заходи щодо протидії домашньому насильству, а саме:

- терміновий заборонний припис стосовно кривдника;
- обмежувальний припис стосовно кривдника;
- взяття на профілактичний облік кривдника та проведення з ним профілактичної роботи;
- направлення кривдника на проходження програми для кривдників.

В 2019 році набули чинності зміни до Кримінального кодексу України відповідно до яких домашнє насильство буде каратися громадськими роботами на строк від 150 до 240 годин, або арештом до 6 місяців, або обмеженням волі до 5 років, або позбавленням волі до 2 років. Щодо людей похилого віку до них в сім'ї часто застосовується психологічне, фізичне або економічне насильство, однак вони рідко звертаються за допомогою з цього приводу. По-перше вони не знають куди звернутися за допомогою щодо домашнього насильства, по-друге вважать насильство тимчасовим проявом емоцій когось з рідних і не бажають виносити такі делікатні питання поза сім'ю.

Відповідно до Сімейного кодексу України повнолітні дочка, син зобов'язані утримувати своїх батьків, які є непрацездатними і потребують матеріальної допомоги. Але, не всі батьки, які потребують такого утримання, знають про наявність в законодавстві даної норми. Частішають випадки, коли людям похилого віку доводиться звертатися до суду за призначенням аліментів від їхніх повнолітніх дітей. Практика щодо сплати аліментів на утримання батьків вже існує в Україні.

Розмір аліментів визначається в судовому порядку в залежності від матеріального та сімейного становища батьків та дітей.

Літні люди нерідко страждають від виявів неповаги найближчого родинного оточення, їх презирливого ставлення, самоусунення від вирішення необхідніших побутових проблем. Негідне поводження дітей стосовно батьків, вчинення ними злочинів, суворо засуджується суспільством з огляду на норми моралі. При цьому слід ураховувати соціально-культурні фактори, які зумовлюють таку поведінку:

- руйнування соціальних зв'язків між поколіннями в сім'ї;
- деструктивність сімейного виховання;
- наявність можливого спадкового майна, що впливає на перерозподіл фінансових можливостей та матеріального добробуту в колі родини;
- сприйняття суспільством літніх людей як хворобливих, немічних, слабких та залежних;
- відсутність гарантованих достатніх засобів до існування.

Виділяють ряд заходів, які можуть бути вжиті для профілактики злочинів стосовно осіб похилого віку:

1. Виявлення потенційних жертв такої категорії злочинів (так звані «групи ризику»);
2. Стимулювання своєчасного інформування (випадковими свідками, сусідами, близькими родичами) відповідних органів про факти жорстокого поводження;
3. Періодичне відвідування представниками правоохоронних органів, соціальних служб, громадських організацій помешкань літніх осіб, які належать до «груп ризику»;
4. Формування потенційними потерпілими груп взаємодопомоги; обладнання відповідних житлових приміщень (притулків) для безпечного тимчасового перебування;
5. Постійна корекційна робота (у межах загальнопрофілактичної діяльності із запобігання злочинам) з особами, які вчинили злочини стосовно літніх осіб.

Велике значення відіграють «гарячі» телефонні лінії спеціальних служб (літні люди зазвичай бояться помсти з боку родичів), організація консультацій, забезпечення анонімності подання заяв та скарг, організація психологічної й правової підтримки.

Фахівці в області соціальних відносин, сімейного насильства, психології вважають, що зменшення насильства щодо людей похилого віку можливе при взаємодії **трьох напрямів**:

1. *соціального забезпечення* – надання фінансової підтримки та забезпечення житлом;

2. *просвітницького* – використання широких інформаційних можливостей, висвітлення існуючих проблем та їх вирішення за рахунок соціальної реклами, інформаційно-просвітницької літератури, організації різних просвітницьких заходів;

3. *оздоровчого* – виявлення та лікування жертв насильства працівниками первинної медико-санітарної допомоги.

6. Організація догляду (опіки) за людьми похилого віку

При організації догляду за людьми похилого та старечого віку основну увагу приділяють деонтологічним аспектам. Догляд за хворим похилого віку набагато складніший, ніж догляд за хворими інших вікових груп, і вимагає більше уваги, психологічних зусиль та часу.

Головним принципом догляду за таким хворим є повага до нього, терпиме ставлення до його фізичних та психічних вад (дратливість, балакучість, незрозумілі забаванки недоумкуватість тощо). Хворі похилого віку, як правило, важко переносять зміни звичного життєвого стереотипу і погано пристосовуються до нових умов життя. Якщо немає показань до госпіталізації, краще якщо людина похилого віку знаходиться вдома, в колі сім'ї. При догляді за літніми людьми треба бути тактовними та уважними, терпляче відповідати на запитання, постійно нагадувати про час приймання ліків та проведення процедур. Має важливе значення створення режиму для хворих похилого віку. Часто у них спостерігаються розлади режиму сну: сонливість і сон вдень та безсоння вночі.

У США вважається нормою для літніх людей, які наблизилися до вікового рубежу 80-ти років, проживати в спеціальних комплексах і будинках, де за ними здійснюється догляд. До цього нагляду включений і спеціальний – в залежності від стану здоров'я. У різних штатах ці заклади мають різні назви, але їх дослівний переклад означає «заклади проживання з доглядом» без зазначення віку людей.

Ці заклади являють собою приватні установи, які схожі на готелі. Їхні послуги коштують чимало, але вони забезпечують всю спеціалізовану допомогу. Офіційно, щомісячне проживання з елементарним доглядом (без лікування) у США коштує в середньому 3,5 тисячі долларів. Крім того щороку ціна на такі послуги зростає на 1-1,5 %.

Австралія – одна з найбільш «літніх» країн. Уряд витрачає сотні мільйонів долларів на підтримку життєвого рівня своїх пенсіонерів за програмою Aged Life Care. Про увагу з боку

держави свідчить і те, що англійська королева надсилає вітального листа зі 100-річним ювілеєм кожному іменинникові.

Коли у літніх людей погіршується стан здоров'я, вони не можуть повноцінно стежити за домашнім господарством, їм необхідна допомога у побуті, вони продають своє житло і переселяються у спеціальні багатоквартирні будинки, так звані хостели (hostel). При цьому сплачують бонд (грошові кошти у вигляді застави) 13-15 тис. австралійських доларів на термін п'яти і більше років та орендну плату в залежності від рівня квартир і свого стану. Якщо хтось не може внести бонд – за нього це роблять опікунські товариства або держава. Заставу при переїзді або виселенні повертають. У такому хостелі створені умови, щоб люди почувалися безпечно та спокійно, знайшли однодумців і спілкувалися за інтересами. Для них перуть, прибирають помешкання і приносять все необхідне. При потребі – лікувальні процедури. Вихід за територію – вільний.

Згідно із даними ВООЗ, Канада у першій десятці країн світу за середньою очікуваною тривалістю життя. Соціальний захист людей похилого віку підпадає у Канаді під юрисдикцію провінцій. У країні існує 13 систем, які схожі. За формою фінансування, будинки для людей похилого віку, які потребують постійного догляду через хронічну хворобу або фізичне обмеження, поділяється на три категорії: приватні, державні та субсидовані. Приватні та субсидовані різняться лише формою власності, усі інші критерії (фінансування, умови прийому, ціна перебування) регулюються державою. Водночас, приватні інституції повністю незалежні від державного фінансування та можуть встановлювати власні умови прийому, але повинні дотримуватися визначених державних стандартів та отримати ліцензію на роботу у провінційного МОЗу.

Будинки для людей похилого віку поділяються на п'ять категорій, залежно від ступеню турботи (чим більше допомоги потребує людина, тим дорожче це коштує). Ціни на проживання і користування послугами різноманітних пансіонатів варіюються від 1,4 до 8 тис. канадських доларів на місяць. У цю суму може

входити кількаразове харчування, медичні процедури, прибирання та навіть доставка товарів з магазинів.

В Україні функціонують **територіальні центри соціального обслуговування** (надання соціальних послуг) – це спеціальні державні установи, які здійснюють соціальне обслуговування та надають соціальні послуги громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги за місцем проживання.

На соціальне обслуговування в територіальних центрах мають право:

1. громадяни похилого віку, інваліди, хворі (з числа осіб працездатного віку на період до встановлення їм групи інвалідності, але не більш як чотири місяці), які не здатні до самообслуговування і потребують постійної сторонньої допомоги, визнані такими в порядку, затвердженому МОЗ;

2. громадяни, які не мають рідних працездатного віку, що повинні забезпечити їм догляд і допомогу.

Територіальні центри можуть надавати платні соціальні послуги громадянам, які мають рідних, що повинні забезпечити їм догляд і допомогу.

Головними напрямками діяльності територіальних центрів є:

1. виявлення та облік самотніх непрацездатних малозабезпечених громадян, які мають право на соціальне обслуговування;

2. організація соціального обслуговування громадян, надання їм соціально-побутових, психологічних, соціально-педагогічних, соціально-медичних, соціально-економічних, юридичних, послуг з працевлаштування, послуг з професійної реабілітації осіб з обмеженими фізичними можливостями, інформаційних, інших соціальних послуг.

За даними національних та міжнародних експертів, в Україні щороку близько 500 тисяч осіб потребують паліативної та хоспісної допомоги, зокрема, дорослих і дітей в термінальних стадіях онкологічних і серцево-судинних захворювань, СНІДу і туберкульозу, хворих з важкими травматичними і

дегенеративними ураженнями головного і спинного мозку, периферичної нервової системи, опорно-рухового апарату, хворобою Альцгеймера, інвалідів та людей похилого віку.

Окрім того, члени сім'ї паліативних пацієнтів також потребують професійної допомоги. Коли в сім'ї з'являється людина, що потребує догляду – особливо впродовж останніх місяців та тижнів перед смертю, це спричиняє зниження якості життя усієї родини та стає причиною важких психоемоційних, соціальних та економічних розладів. Тому, окрім спеціалізованої медичної допомоги, такі пацієнти та їхні близькі потребують психологічної і духовної підтримки. Все це і становить сутність паліативної допомоги.

Надаючи паліативну та хоспісну допомогу необхідно дотримуватися таких принципів:

- 1) доступності;
- 2) високої якості;
- 3) безперервності та наступності;
- 4) етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його родини.

Принцип доступності забезпечує організацію надання допомоги таким чином, щоб всі пацієнти мали рівну можливість її отримання. **Принцип високої якості** передбачає забезпечення полегшення болю, симптомів, розладів життєдіяльності; забезпечує комплексне піклування про пацієнта; забезпечує пацієнту максимально активне життя; використовує командний підхід, направлений на потреби пацієнта та його сім'ї та ін. **Принцип безперервності та наступності** передбачає надання допомоги пацієнту на постійній основі впродовж захворювання та моніторинг його стану щодня. **Принцип етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його родини** забезпечує надання допомоги з дотриманням етичних і моральних норм поведінки, створюючи оптимальний соціально-психологічний клімат для пацієнта.

За підрахунками експертів ВООЗ, потреба в паліативній допомозі становить на 100 тисяч населення в середньому 7 ліжок у стаціонарах і 10 хворих, які потребують паліативної

допомоги вдома. Виходячи з цього, в Україні повинно бути не менше 3,7 тисяч паліативних ліжок. Крім цього, близько 85 тисяч хворих щоденно потребують паліативної допомоги вдома. Слід зазначити, що на сьогодні система охорони здоров'я в Україні не може забезпечити доступність паліативної допомоги для більшості людей, які її потребують. Тому реформування систем медичної і соціальної допомоги для населення літнього віку в Україні потребує нових сучасних форм багаторівневої геріатричної підготовки кадрів.

Зростання обсягів допомоги людям літнього віку та зміни її структури потребують удосконалення підготовки медичних і соціальних працівників, а також волонтерів і населення. Науковою базою для геріатричної служби і організації медичної допомоги літнім людям в Україні є Державна установа «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова Академії медичних наук України». До останнього часу геріатрична підготовка на додипломному рівні в Україні не мала обов'язкового характеру, а післядипломне навчання здійснювалося планово для лікарів на єдиній профільній кафедрі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (НМАПО) у співпраці з Інститутом геронтології НАМН України.

У межах виконання Україною Мадридського міжнародного плану дій щодо старіння, було створено Державний навчально-методичний геріатричний центр НМАПО імені П. Л. Шупика. Основним завданням центру є організація та координація до- та післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників, волонтерів і самого населення, надання організаційно-методичної та лікувально-консультативної допомоги геріатричним закладам.

З кожним роком у нашій країні набуває все більшої актуальності проблема розвитку паліативної та хоспісної допомоги, особливо якщо це стосується літніх хворих. За підтримки голандсько-українського проекту МАТРА та Фонду ООН в галузі народонаселення разом з Інститутом геронтології розпочато створення в Україні мережі центрів для інформаційної підтримки людей літнього віку та проведення

навчання населення принципам здорового способу життя і активного довголіття. Однак зараз в Україні є великий розрив між потребою у хоспісних ліжках та реальною їх кількістю: за розрахунками міжнародних експертів цей розрив менше від потреби у 4-5 разів, і ще більша кількість пацієнтів у термінальній стадії захворювань потребують хоспісної допомоги вдома.

Основні терміни

Паліативна допомога – це підхід щодо покращення якості життя пацієнтів і їхніх сімей, які зіштовхнулися з проблемами, пов'язаними зі смертельною хворобою шляхом запобігання і полегшення страждань з використанням раннього виявлення і чіткої оцінки, лікування болю та інших фізичних симптомів, надання психосоціальної і духовної підтримки (за Наказом МОЗ України від 03.07.2007).

Паліативна медицина – це галузь наукової медицини й охорони здоров'я, основним завданням якої є забезпечення максимально можливої якості життя паліативних хворих, способами запобігання та полегшення страждань, застосування ефективного знеболення, медикаментозної терапії, хірургічних та інших методів лікування, кваліфікованого медичного догляду, якщо можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими, безперспективними.

Паліативний пацієнт – пацієнт будь-якої вікової групи, хвороба якого не підлягає лікуванню, спрямованому на одужання.

Пацієнт – це фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надають таку допомогу (згідно зі ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Біологія старіння – розділ геронтології, що поєднує вивчення процесу старіння живих організмів на субклітинному, клітинному, органному й системному рівнях організації.

Геріатрія – вчення про хвороби людей літнього й старшого віку.

Геріатричний центр – установа медико-соціального профілю, призначена для надання стаціонарної та консультативно-діагностичної медичної допомоги населенню літнього віку та особам з ознаками передчасного старіння організму.

Геріатрична допомога – спеціалізована, довгострокова, медико-соціально-психологічна допомога пацієнтам похилого віку, які страждають на хронічні захворювання з втратою

здатності до самообслуговування. Надається з метою продовження активного довголіття і підвищення якості життя в старечому і літньому віці.

Геронтологія – наука про старість і старіння, що вивчає процеси старіння із загально-біологічних позицій, а також досліджує суть старості та вплив її настання на людину тасуспільство.

Довгожителство – феномен тривалості життя, пов'язаний з біологічними, соціальними та психологічними чинниками; стадія розвитку людини, яка починається з 90-95 років.

Хоспісна допомога – це складова паліативної допомоги, яку надають паліативним пацієнтам на термінальних стадіях хвороби і членам їх родин спеціально підготовлені до цього фахівці.

Хоспісна медицина – це складова паліативної медицини, основним завданням якої є забезпечення максимально можливої якості життя паліативних хворих під час термінального періоду захворювання, способами своєчасної діагностики болювого синдрому й розладів життєдіяльності, запобігання та полегшення страждань методами ад'ювантної терапії, кваліфікованого медичного догляду спеціально підготовленими до цього фахівцями

Здоров'я за (ВООЗ) – це стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб або фізичних дефектів.

Пенсійний вік – вік відходу людини від активної трудової діяльності і отримання соціальних виплат, а не заробітної плати.

Соціальна геронтологія – галузь, яка вивчає вплив умов життя на процеси старіння, розробляє заходи, спрямовані на усунення негативного впливу факторів навколишнього середовища з метою максимального продовження активного й повноцінного життя людини.

Старіння – процес, що призводить до зниження фізіологічних функцій організму або процес суперечливого

розвитку живих клітин від моменту зародження життя до його закінчення.

Старість – закономірно наступаючий заключний період вікового індивідуального розвитку.

Ад'ювантна терапія (ад'юнктна терапія) – це терапія, додатково призначена до первинного або початкового лікування для досягнення максимальної ефективності.

Фундаментальна геронтологія – галузь, яка вивчає механізми старіння, займається питанням профілактики передчасного старіння і продовження життя.

Територіальні центри соціального обслуговування – це спеціальні державні установи, які здійснюють соціальне обслуговування та надають соціальні послуги громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги за місцем проживання.

Насильство в сім'ї – умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї стосовно іншого, якщо ці дії порушують конституційні права й свободи члена сім'ї як людини та громадянина, завдають йому моральної шкоди, шкоди його фізичному чи психічному здоров'ю.

Питання до самоконтролю

1. Як розвивалася геріатрична допомога у світі?
2. Стан геріатричної допомоги в Україні.
3. Що таке геронтологія, з яких розділів складається?
4. Чим відрізняються поняття «старіння» і «старість»?
5. Які хронологічні періоди старіння розрізняють?
6. Які теорії старіння існують? Охарактеризуйте їх.
7. Види старіння.
8. Стан здоров'я людей похилого віку в Україні.
9. Стан здоров'я людей похилого віку в світі
10. Які заклади надають геріатричну допомогу в Україні?
11. Які напрямки розвитку системи геріатричної допомоги виділяють?
12. Що таке насильство у сім'ї. його види.
13. Які існують профілактичні заходи злочинів щодо літніх людей?
14. Як організовано догляд за людьми похилого віку у провідних країнах світу?
15. Як організовано догляд за людьми похилого віку в Україні?
16. Що таке паліативна і хоспісна допомоги?
17. Назвіть основні принципи надання паліативної допомоги. Охарактеризуйте їх.

Список літератури

1. Збірка «Захист прав людей поважного віку: успішні історії» /Громадська організація «Суспільство і право»: Багній М.С., Коваль О.Я. – Львів, 2019. - 44 с.
2. Котвицька А. А. Історія становлення та розвитку геронтології та геріатрії / А. А. Котвицька, О. А. Пастухова // Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. 17-20 берез. 2014 р. – Х.: Вид-во НФаУ, 2014. – С. 95-103.
3. Міністерство соціальної політики України. [Електронний ресурс] : вебсайт. Режим доступу : <https://www.msp.gov.ua/>.
4. Національна служба здоров'я України. [Електронний ресурс] : вебсайт. Режим доступу : <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.
5. Паліативна та хоспісна допомога [Електронний ресурс] : вебсайт // ДУ «Український центр контролю за соцхворобами МОЗ України». – 2015. – Режим доступу : http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/treatment-and_prevention/paliative-care
6. Пінчук І. Я., Чайковська В. В., Стаднюк Л. А., Левада О. А., Пустовойт М. М., Ширяєва М. І. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник : - Тернопіль: ТзОВ „Терно-граф”, 2010. – 432 с.
7. Тарасюк В. С. Медсестринство в геронтології, геріатрії і паліативній медицині : [підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації] / В. С. Тарасюк, Г. Б. Кучанська ; ред. В. С. Тарасюк. – Київ : Медицина, 2013. – 648 с.
8. Ушакова І.М. Геронтопсихологія: підручник / І.М. Ушакова. – Х.: НУЦЗУ, 2014. – 236 с.
9. Центр громадського здоров'я МОЗ України. [Електронний ресурс] : вебсайт. Режим доступу : <https://www.phc.org.ua/>.

Навчальне видання

Методичні вказівки
до проведення практичних занять з теми
**«Проблеми здоров'я людей старшого віку. Геріатрична
допомога»**
із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» для
студентів спеціальності 229 «Громадське здоров'я»
денної форми навчання

Відповідальний за випуск В. А. Сміянов
Редактори:
Комп'ютерне верстання С. М. Півень

Підписано до друку, поз. .
Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. . Обл.-вид. арк. 19,5. Тираж пр. Зам. №
Собівартість видання грн к.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.