



Організація медико-соціальної допомоги людям
літнього віку, у тому числі наприкінці життя.
Психічні, психологічні та когнітивні проблеми у
людей літнього віку.
Спілкування, консультування.

Асистент кафедри сімейної
медицини і терапії
Лебідь В.Г.

План лекції

- 1. Основні аспекти соціальної геронтології.
- 2. Соціальні проблеми літніх людей.
- 3. Періоди розвитку соціальної геронтології в Україні.
- 4. Моделі фінансування охорони здоров'я.
- 5. Організація геріатричної допомоги за кордоном.
- 6. Стратегічні напрямки реформування медичної галузі в Україні.

- Один з демографічних ознак у світі - це постаріння її населення (особливо у високорозвинених країнах світу). Воно визначається багатьма факторами, основним з яких є виразна тенденція до скорочення народжуваності в розвинених країнах. Змінилися уявлення про вік 50-60 років як про вік старості. Смертність в цьому віці сьогодні, на початку XXI століття, впала в порівнянні з кінцем XVIII століття в чотири рази; смертність серед 70-річних останнім часом зменшилася вдвічі. Для сучасної людини після виходу на пенсію реальність прожити в середньому ще 15-20 років стала цілком очевидна.

- У різні періоди історії суспільства і в різних культурах початок старості визначалося наступним чином: Піфагор - 60 років, китайські вчені - 70 років, англійські фізіологи ХХ століття - вище 50 років, німецький фізіолог М. Рубнер - 50 років старість, 70 років - поважна старість (Хрісанфова Е.Н., 1999р.).
- Ю. Б. Тарнавський пропонує весь період пізнього віку ділити на окремі групи: літній вік (його ще називають інволюційним або передстаречому) - від 50 до 65 років; старечий вік - від 65 і вище. (Тарнавський Ю.Б., 1988р.)
- Е. С. Авербух, російський психіатр умовно виділяє вік 45-60 років як пост репродуктивний (клімактеричний) період, що передує літньому (передстаречому - 60-75 років) і старечому (75-90 років) віком. На думку автора, людей понад 90 років слід вважати довгожителами (Авербух Е.С., 1976г.)

- У науці прийнята наступна схема вікової періодизації:
- - Літній вік 60-74 року чоловіки, 55-74 року жінки.
- - Старечий вік 75-90 років чоловіки і жінки.
- - Довгожителі - 90 років і старше чоловіка і жінки.
- Виділяється також пенсійний вік, межі якого встановлюються державою. При визначенні пенсійного віку виходять з віку хронологічного - кількості прожитих років.
- Існує поняття функціонального віку, який відображає вікову динаміку фізіологічних функцій, визначається генетичним компонентом, способом життя, перенесеними захворюваннями, стресовими ситуаціями, фізичної, психічної та інтелектуальної активністю. Поняття - психологічного віку - група показників, що характеризують вікові виміру психіки. Поняття - біологічного віку - показник рівня зносу структури і функцій організму.

- Автори відзначають, що розмежування на періоди є умовними, оскільки календарний (хронологічний) і біологічний, а також психологічний вік не завжди збігаються.
- Старіння – сукупність різних механізмів на молекулярному, клітинному, органному та системному рівнях, які ведуть до інволютивних змін в органах і тканинах зі згасанням функцій організму. Старіння і смерть є базовими властивостями, що відображують функціонування і еволюцію всіх живих організмів. Існує ряд теорій, які пояснюють процес старіння людини. Найпоширенішим є поділ їх на стохастичні (ймовірносні) теорії і теорії програмованого старіння.

- Теорії «програмованого» старіння базуються на тому, що функціонування живого організму запрограмовано природою на період його активної життєдіяльності, що включає у собі розвиток та здатність до репродукції. У живий організм генетично закладено біологічна активність, яка поширюється на період його так званої біологічної «корисності». Деякі з цих теорій виходять з того, що старіння підконтрольне своєрідному генетичному біологічному датчику, який ознайомлює з розкладом розвитку організм. Після виконання програми змінюється діяльність гіпоталамуса і ендокринної системи, що призводить до зниження ефективності функціонування організму.

- Основним стратегічним напрямком реформування медичної галузі у сучасній соціально-економічній ситуації є її структурна перебудова згідно ринковим відносинам з обов'язковим збереженням загальної доступності медичної допомоги для всіх громадян, забезпеченням необхідної державної підтримки охорони здоров'я та гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги.
- Ключовими проблемами в управлінні охорони здоров'я стає: узгодження нових методів господарювання з розвитком організаційної структури галузі, перенесення акцентів на регіональний рівень управління, проблема реформування механізмів фінансування охорони здоров'я, перехід від адміністративних до економічних методів управління, стимулювання зацікавленості медичних працівників в результатах праці через економічні механізми, системність у наданні допомоги найбільш вразливим верствам населення, серед яких превалює місце належить людям літнього віку.

- Проблема створення сприятливих умов для надання медичної і соціальної допомоги, скоординованого і раціонального використання існуючих ресурсів стає особливо актуальною в період прогнозованого збільшення цієї вікової категорії.
- Постаріння населення (збільшення в його складі частки людей літнього віку) є однією з найбільш характерних рис демографічних процесів сучасного періоду, пов'язаних з науково-технічною революцією та новим типом відтворення населення. Воно обумовлене складним комплексом причин і відображає особливості і співвідношення таких демогра-фічних процесів як народжуваність, смертність, міграція, їх зміни в часі, а також результати прямих та опосередкованих втрат в минулих війнах .

- Головну роль у виникненні і подальшому розвитку постаріння населення відіграє зниження рівня народжуваності протягом значного періоду часу, котре спостерігається майже в усіх розвинутих країнах і має тенденцію до подальшого прогресування.
- Зараз у світі люди старшого віку є найбільш зростаючою частиною населення. За даними ООН у 1950 р. у світі проживало 214 млн. осіб у віці 60 років і старших, у 1975 р. це число зросло до 350 млн., у 2000 р.- до 590 млн, а у 2025 р. їх чисельність перевищить 1 млрд. 121 млн. чоловік, тобто в 5 разів збільшиться порівняно з 1950 р. (за цей самий період загальна чисельність населення світу зросте в 3 рази). Частка літніх людей в усьому населенні світа збільшиться з 8,5 % у 1950 р. до 13,7 % у 2025 р.; доля осіб у віці 65 років і старших подвоїться, доля "старих престарілих" (старших 80-ти років) за той самий період збільшиться у 10 разів (з 13 млн. до 135 млн. чоловік).

- Процес постаріння супроводжується значним підвищенням чисельності осіб старших за 80 років у загальній кількості літніх і старих людей, що пов'язано зі збільшенням
- тривалості життя. ООН навіть термінологічно визначила людей 60 років і старших, як населення «третього віку», а людей за 80 років – населення "четвертого віку". Багато країн мають середню очікувану тривалість життя більшу за 80 років – Японія (82,5 роки), Андорра (82,2), Швейцарія (82,1), Ізраїль (81,2) та інші.

- Згідно з прогнозами буде зростати середня тривалість життя в майбутньому: при збереженні існуючих тенденцій переважання чисельності жінок у загальному населенні
- літнього віку зменшиться різниця у очікуваній тривалості життя жінок і чоловіків з підвищенням добробуту суспільства. Можна сподіватися, що до 2025 р. у розвинутих
- регіонах чоловіки у віці 60 років житимуть у середньому ще не менш як 17 років, а в регіонах, що розвиваються, – ще не менш як 16 років. Передбачається, що для 60-річних
- жінок ці показники становитимуть відповідно 21 рік і 18 років .

- Сучасна демографічна ситуація в Україні і дані прогнозів свідчать про інтенсивне постаріння населення країни протягом останніх десятиліть і подальше зростання частки осіб старшого віку в загальній чисельності населення у XXI сторіччі.
- Частка осіб 60 років і старіших в Україні ще в 1991 році досягла 18,7 % , що у три рази більше, ніж у в 1939 р. (6,2 %). Очікувана при народженні тривалість життя у той час
- складала 70,9 років (66,1 у чоловіків і 75,2 років у жінок). Найбільш інтенсивне наростання показників постаріння в Україні, як і належало сподіватись, було відмічене в інтервалі між переписами 1939 та 1959 рр. (показники зросли на 70 %), тобто в цей період особливо виявились безпосередні наслідки голодомору та Великої Вітчизняної війни.

- За шкалою Е.Россета, населення країни вважається "старим", якщо на долю людей 60 років і старших приходить більше 12%, а за розподілом ООН населення вважається "молодим", якщо вікова група людей старших 65 років складає менше 4%, "на порозі старості" – від 4% до 7%, "старим" – більше 7% . Україна за всіма вимірами належить до "старих" країн світу (доля людей 65 років і старших у 2014 році складала 15 %) з усіма притаманними цьому процесу рисами та значним підвищенням частки осіб старечого віку (75 років і старших)

- За загальним коефіцієнтом природного скорочення населення Україна входить до першої десятки країн світу. За середніми показниками для всього населення України криється суттєві відмінності в рівні постаріння окремих категорій населення, що обумовлено нерівномірністю змін по віковій смертності і міграції чоловіків та жінок, що проживають в міських поселеннях та сільських місцевостях. В більшій мірі постаріння має місце серед жінок села – кожна третя жінка на селі і майже кожна п'ята в місті належать до літнього віку (31,3 % і 18,9 % відповідно).

- Серед чоловіків показники в середньому по Україні дещо менші – в селах кожен шостий, в містах – кожен дев'ятий належать до населення «третього віку» (17, 8 % і 11,6 % відповідно). Постаріння населення супроводжується зростанням у загальній старих людей частки найменш соціально захищених, які проживають самотньо (до 20%) і потребують суспільної опіки, особливо серед жінок в сільській місцевості (до 29%) .

- Згідно сучасних демографічних прогнозів з 2006 до 2026 року очікується подальше зростання відносної кількості осіб літнього віку в загальній чисельності населення :
доля населення пенсійного віку збільшиться, відповідно, з 23,3 % до 29,9 %, 60 років і старших – з 19,9 % до 26,3 %, 65 років і старших – з 15,9 % до 19,8 %, 75 років і старших з 6,4 % до 8,7 %

- За розрахунками Департаменту економіки та соціального розвитку ООН до 2050 року в Україні слід очікувати значних демографічних змін. У порівнянні з 1950 роком більш, ніж у три рази підвищиться частка людей 60 років і старших, а також у шість разів людей 80 років і старших у загальній структурі населення. За цей самий період більш ніж у два рази зменшиться частка дітей, а також зменшиться частка працездатного населення. Зросте також і середня очікувана тривалість життя при народженні. Якщо зараз вона складає для обох статей 70 років, що менш, ніж у Японії на 12 років, то у середині теперішнього сторіччя середня очікувана тривалість життя в Україні зросте до 77,5 років (для Японії цей показник буде дорівнювати 88,0 років).

- За даними геронтологічних досліджень, в середньому, приблизно вже з 45- річного віку починається стійке зниження вихідних робочих і максимальних рівнів функціонування організму, уповільнюються перехідні процеси, зменшується фізична сила, нервово-емоційна стійкість, толерантність до шкідливих впливів і, після 60 років, знижується надійність і адаптивність організму в цілому, прогресує зниження рівня його життєдіяльності, який, з плином часу, стає несумісним з можливістю пристосування організму до вимог оточуючого середовища. Внаслідок цього, рівень захворюваності населення 60 років і старше у 1,7-2,0 рази перевищує показники захворюваності людей середнього віку. Це особливо помітно по хворобам системи кровообігу, нервової системи і органів чуття, органів дихання, травлення, кістково-м'язової системи, новоутворенням.

- В класі захворювань системи кровообігу переважають загальний атеросклероз, ішемічна хвороба серця і гіпертонічна хвороба; серед патології нервової системи і органів чуття – судинні ураження мозку, попереково-крижовий радикуліт, катаракта, глаукома; серед хвороб органів травлення – гастрит, недуги печінки і жовчних шляхів; у класі захворювань органів дихання – хронічний бронхіт з емфіземою, грип, гострі інфекційні ураження верхніх дихальних шляхів.

- Після 40 років відмічається невідповідність між поширеністю захворювань і відотною кількістю уражених ними осіб, що обумовлено "нашаруванням" одного захворювання на інше. Це спричиняє взаємне обтяження перебігу хвороб. Так, згідно з даними сучасних досліджень, від 36 % до 42 % хворих у віці 40-59 років мають одночасно 2-3 захворювання, у віці 60-69 років 40%-56% хворих мають одночасно 4- 5 захворювань, а у віці старшому за 70 років у 65,9 % хворих реєструється більше 5-ти захворювань.

- Більшість фахівців дотримуються думки, що при досконалому лікарському обстеженні у кожної літньої людини може бути виявлено від 4 до 10 "хронічних хвороб" (в залежності від точки зору та професіоналізму лікаря і від визначення поняття "хронічна хвороба"). Найчастіше поєднуються загальний атеросклероз і гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця і гіпертонічна хвороба, атеросклеротичний кардіосклероз і пневмосклероз та інші. Все це створює складності з встановленням правильного діагнозу, успіхом у лікуванні і визначенням прогнозу, що, в свою чергу, вимагає комплексного підходу і спеціальної підготовки лікарів в галузі геронтології і геріатрії .

- У останні десятиріччя в Україні спостерігається зростання загального рівня захворюваності літніх людей на 15-29,6 %. Поступово збільшується кількість хворих на серцево-судинні хвороби, рак, діабет, паркінсонізм, хворобу Альцгеймера. Можна припустити, що цей процес буде продовжуватися і в майбутньому, особливо у зв'язку з погіршенням екологічної і економічної ситуації. Зниження здоров'я супроводжується обмеженням фізичних можливостей літньої людини (рухової активності та здатності до самообслуговування) і зростанням потреби у медичній і сторонній побутовій допомозі.

- Первинна медико-санітарна та соціальна допомога є провідними ланками у наданні допомоги літнім людям. Терапевтичні дільничні бригади територіальних амбулаторно-поліклінічних установ у складі лікарів-терапевтів (сімейних лікарів), дільничних і геріатричних сестер з одного боку, та працівники відділень соціального обслуговування пенсіонерів вдома – з іншого стають головними дійовими особами геріатричної допомоги.
- Від адекватності, координованості і професійності їх дій залежить якість і ефективність допомоги, затримання наступу інвалідизації, або її поглиблення.

- Усі люди літнього віку потребують тих чи інших видів амбулаторно-поліклінічної допомоги: від обов'язкових щорічних медичних оглядів терапевта до постійного медичного нагляду з організацією стаціонару вдома. Більшість літніх людей звертаються від 1 до 5 разів у рік, а більше 30 % літніх людей не звертаються до поліклініки впродовж року. Кількість безпосередніх відвідувань хворими поліклініки значно знижується з зростанням їх віку і, одночасно, збільшується потреба у надомному медичному обслуговуванні: у віці 60 – 69 років допомогою вдома користувався кожен десятий хворий, а у віці старшому за 80 років – кожен другий.

- З точки зору доцільності профілактичної госпіталізації, то на думку провідних фахівців вітчизняної геріатрії літні люди потребують її у 3 рази частіше, ніж молодше населення і
- термін перебування у стаціонарі старих хворих має бути значно тривалішим, ніж інших пацієнтів. Адекватні терміни їх стаціонарного лікування перевищують загальноприйняті – на 10-12 днів. При цьому, для зменшення загальної економічної витратності такої допомоги, в Інституті геронтології НАМН України розроблено схему можливих варіантів використання нетрадиційних стаціонарних форм (денних стаціонарів і стаціонарів вдома) і реабілітаційних структур для скорочення термінів госпіталізації (до 2 тижнів) при збереженні загальних рекомендованих термінів лікування. Ці позиції спираються на досвід і загальну спрямованість організації стаціонарної допомоги в інших європейських країнах.

- . Організація спеціалізованої допомоги вдома особливо потрібна дуже старим людям. Майже при кожному 2-му виклику дільничного терапевта до хворих 80 років і старших виникає потреба у організації стаціонару вдома. Це у 3 рази більше, ніж для 60-64 річних пацієнтів. Організація стаціонару вдома у значній мірі компенсує потреби в стаціонар-ній допомозі, які у даний час не можуть забезпечити лікарняні установи. За даними спостережень у різних регіонах України, найбільший рівень госпіталізації спостерігається для людей 70-74 років (до 232,2-412,9 випадків на 1000 населення цього віку) і значно знижується після 80 років (84,0 %).

- Слід відзначити, що 15-20% осіб 70 років і старших потребують допомоги психіатрів.
 - Вони отримують її в психіатричних лікарнях і диспансерах. У наш час потреба у комплексному медико-соціальному обслуговування таких пацієнтів дуже велика.
- Робота
- спеціальної служби охорони психічного здоров'я у більшості країн Європи може стати взірцем такої допомоги і базується на медико-соціальному обслуговуванні психічних хворих вдома і у лікарнях для довготривалого перебування пацієнтів; плановому щорічному лікуванні по 2 тижні у стаціонарі з наступним доліковуванням 4-8 тижнів в домашніх умовах силами середнього медичного персоналу; госпіталізації хворих з метою відпочинку членів їх сім'ї, які здійснюють догляд за ними.

- Розрахунок для геропси-хіатричної лікарні на 220 ліжок – 75 ліжок для короткострокового лікування (1-2 тижні), 15 ліжок – реабілітаційних (3-4 тижні): 130 ліжок – для довгострокового перебування.

- Проблеми допомоги населенню літнього віку перш за все пов'язані з розвитком системи обслуговування, яка б об'єднувала охорону здоров'я і соціальні служби.

Результати

- епідеміологічних досліджень свідчать про те, що у літньому віці 2-5 %, а у старечому до 15-17 % осіб "прикуті" до ліжка або не виходять за межі своєї квартири; до 50 % людей у віці 70 років і старші потребують постійної сторонньої допомоги, а саме: при здійсненні покупок – 34-49 %, прибиранні квартири – 41-45 %, приготуванні їжі – 23-44 %, пранні білизни – 40-52 %, при догляді за собою – до 33 %.

- Допомога літнім людям надається з боку членів сім'ї у 55 % випадків, соціальними працівниками відділень надомного обслуговування і сестра-ми Червоного Хреста – 10 %, сусідами -5 %, друзями -1 % та іншими. Слід відмітити, що, в серед-ньому, кожній п'ятій старій людині допомога у побуті ніким не дається.

- Останнім часом в Україні отримали широке розповсюдження Територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів, які поряд з соціально-побутовою допомогою здійснюють медичні та соціальні реабілітаційні заходи. Багаторічний позитивний досвід їх роботи показав можливим самотійне існування установ, які ставлять своєю метою медико-соціальну підтримку хворих літнього віку, що втратили здатність до самообслуговування.

- Одним з найважливіших напрямків діяльності медичних служб стає профілактична та лікувальна геріатрична реабілітація. Вирішення проблеми відновлювального лікування населення літнього віку має вагомий економічний ефект. Гроші, які вкладені у організацію реабілітаційного лікування, в народногосподарчому змісті є "запобіжними витратами", тому що за даними ВООЗ 1 долар, спрямований на реабілітацію пацієнта, дає стійку економію не менше, ніж у 10 доларів на рік.

- Аналіз результатів опитування респондентів у регіонах, де використовують послуги сімейних лікарів, показав, що 93,3-95,9 % літнього населення задоволені організацією їх діяльності. В свою чергу і 93,0 % сімейних лікарів, 92,4 % лікарів загальної практики, 95,2 % сімейних медичних сестер позитивно оцінюють можливість впровадження післядипломного навчання з геріатрії.

• **Періоди розвитку соціальної геронтології і геріатрії в Україні**

- *Періоди розвитку Головні доробки*
- *Період передумов (1880 – 1927)*
- Отримання і обробка статистичних даних про стан здоров'я, рівень захворюваності населення з урахуванням віку. Накопичення знань і досвіду в області діагностики, лікування і профілактики вікової патології.
- *Період виникнення (1927 – 1957)*
- Обґрунтування необхідності вивчення процесів старіння населення і створення відповідних умов для визначення поважного місця літньої людини в житті суспільства.
- Проведення перших експедицій, тематичних конференцій і наукових публікацій.

- *Період формування (1957 – 1977)*
- Прийняття управлінського рішення про створення мережі регіональних наукових товариств з геронтології і геріатрії, НДІ геронтології АМН СРСР, геріатричних кабінетів поліклінік тощо.
- *Період розвитку і вдосконалення (1977 – 1991)*
- Прийняття державних рішень про створення медико-соціальної служби для літніх людей: медико-соціальних територіальних центрів обслуговування громадян вдома.
- Відкриття кафедр геронтології і геріатрії у інститутах післядипломної підготовки лікарів; проведення міжнародних і всесоюзних з'їздів геронтологів; випуск спеціалізованого журналу «Проблеми старіння і довголіття»; виконання регіональних програм медико-соціальної допомоги літнім людям «Турбота».

- *Період реформування (1991 до т.ч.)*
- Дезінтеграція всесоюзних структур; узагальнення вітчизняного досвіду; введення спеціальності «лікарь-геріатр»; розвиток геронтологічної спрямованості в діяльності загальних медичних установ і створення суто геріатричних структур; пошук нових форм геріатричної допомоги і реформування медичної галузі; створення Українського центру волонтерів за напрямками діяльності "Пенсіонер-пенсіонеру, пенсіонер-дітям". Створення нормативно- правового поля геріатричної допомоги: Наказ МОЗ України № 73 від 08.04.1993 р. «Про поліпшення медичного обслуговування людей похилого віку» (положення про: головного геріатра, геріатричний кабінет міської поліклініки, відділення довгострокового лікування хронічно хворих – геріатричні відділення, геріатричну аптеку, післядипломну підготовку лікарів і середнього медичного персоналу з геронтології і геріатрії);

- Указ Президента України «Про виконання програми «Здоров'я літніх людей» № 1347/97 від 10 грудня 1997 р.; Наказ Міністерства соціального захисту населення України № 44 від 01.04.1997 р. «Про затвердження типових положень (взірцевих) про територіальний центр соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непраце-здатних громадян і про відділення соціальної допомоги вдома»); Указ Президента України "Про Державну комплексну програму соціально-медичного забезпечення ветеранів
- війни на період до 2005 р." № 442/2002 від 8 травня 2002 р.; міжгалузева комплексна програма "Здоров'я нації" розділ "Збереження здоров'я в старості" 2002-2011 рр..та інші, створення Державного навчально-методичного геріатричного центру НМАПО імені П.Л.Шупика (2005р.), робота МБФ Карітас України, Всеукраїнської Ліги розвитку паліативної допомоги, волонтерських ветеранських організацій тощо.

- Існує чотири головні моделі фінансування охорони здоров'я.
- Перша, так звана модель Бісмарка, передбачає фінансування за рахунок страхових внесків, переважно на ґрунті соціального партнерства. Це означає, що й держава, й роботодавці, й працівники роблять внески на соціальне страхування. Вона розвинута у Німеччині, Австрії, Бельгії, Франції, Нідерландах, Швейцарії та інших країнах. Проведення медичного страхування є функцією самоврядних незалежних організацій, які мають власний бюджет, управління та юридичний статус. Тому така форма страхування має назву державної і заснована на принципах соціальної солідарності та субсидіарності (система розподіляє ризики визначених груп населення на все населення), універсальності (охоплює все населення) та всебічності (загальний перелік послуг і хвороб).

- Друга форма – це приватні форми страхування, які більше поширені в США. Населення отримує страхові поліси, що пропонують приватні страхові компанії. Окремі форми
- добровільного медичного страхування можуть гарантувати вищий рівень компенсації витрат та краще медичне обслуговування і розповсюджені майже в усіх країнах світу. Слід відзначити, що принцип вільного вибору лікаря, медичної установи, порядку страхування традиційно характерний для охорони здоров'я США і знаходиться у центрі уваги і дискусій щодо реформування медичної галузі. Роль централізованого державного управління охороною здоров'я стала невпинно зростати з моменту введення систем пільгової медичної допомоги "Медікер" і "Медікейд" в середині 60-х років.

- Усі літні люди мають безкоштовне лікування за рахунок державних дотацій на їх страхування. Але 10-15 % населення не охоплені системою страхування і не отримують належної допомоги навіть при тому, що витрати на надання медичної допомоги у перерахунку на душу населення і до величини валового внутрішнього добутку в США є одними з найвищих у світі і асигнування на охорону здоров'я складають більше 16 % валового внутрішнього продукту.

- Третя система, яка має назву моделі Беверіджа, передбачає фінансування переважно за рахунок оподаткування (бюджету) і характеризується тим, що більшість витрат на охорону здоров'я фінансується із загальних податків центрального, регіонального і місцевого рівня, а фонди – нецільові. У деяких країнах, наприклад, Ірландії та Данії, тільки найменш забезпечені громадяни мають право отримувати всі види допомоги з медичного страхування без додаткової оплати, натомість решта населення повинна сплачувати деякі додаткові витрати готівкою.

- Четверта система – так звана модель Семашко, що діє в Україні та багатьох інших країнах колишнього соціалістичного табору, передбачає обов'язкові відрахунки від заробітної плати на соціальне страхування, відсутність спеціального цільового медичного фонду і забезпечення медичної галузі із загального бюджету у відповідності до його стану. Тому очікувати нормального розвитку медичної науки і практики у період економічної кризи в Україні, коли у рік на 1 пацієнта виділяється з бюджету не більше 150 доларів, без рішучих реорганізаційно-фінансових дій не є реальним (для порівняння – аналогічна дотація на душу населення в Канаді складає 1800 доларів).

- За висновками економістів, введення навіть незначних особистих виплат за візит до лікаря призводить до суттєвого зниження обсягу допомоги, особливо для бідних прошарків населення. Разом з тим, серед населення з низькими доходами значно більша поширеність хронічних захворювань. Американський прогресивний діяч Нутен Лумер автор книги "Бідність: її коріння і майбутнє" вказує, що у бідних сім'ях у порівнянні з сім'ями з великими доходами реєструється у 4 рази більше ортопедичної патології і гіпертонічної хвороби, у 5 разів – аритмій і ревматизму, у 6 разів – психічних захворювань.

- Поряд з цим значне місце в організації геріатричної допомоги за кордоном належить забезпеченню старих людей стоматологічною і швидкою допомогою, службами "перепочинку" ("Family relief", "Respite Care", "Day Care"), допоміжними засобами адаптації (протезними, ортопедичними, слуховими апаратами, окулярами тощо), медикаментами, допомогою при догляді за ногами. Надається можливість вступу до асоціації за видом хвороби (наприклад Манітобська серцева фундація, Вінніпезька асоціація кісткових захворювань, американські асоціації діабетиків та хворих на рак), інформаційного забезпечення тощо.

- Амбулаторна допомога літнім людям надається родинним лікарем, або лікарями загальної практики. Допомога вдома переважно організована силами середнього медичного персоналу і добровільних помічників. Це і територіальні публічні служби медсестер, які відвідують хворих у приватних будинках, обговорюють стан їхнього здоров'я, оцінюють медичні потреби, надають допомогу; і медсестри Вікторіанського Ордону (VON), товариств Червоного Хреста, Синього Хреста, послуги для людей з розладнаною комунікацією, вимовою, слухом, здатністю до пересування тощо.
- При організації стаціонарної допомоги старшим людям великого розповсюдження набули геріатричні денні лікарні, де надається всебічна оцінка здоров'я, лікування і реабілітація. За прикладами Ассинебойн Центру у Брендоні і Дір Лодже Центру (Канада) у більшості таких закладах введено спеціальну посаду координатора справ постійної опіки за літніми людьми і лікування таким чином може набувати планового періодичного характеру.

- В Англії і Уельсі широко використовується так звана "інтервальна" госпіталізація літніх хворих. При цьому стара людина декілька днів на тиждень перебуває в стаціонарних умовах, а декілька – в колі сім'ї. Така форма обслуговування досить зручна як для членів сім'ї, так і для співробітників медичних закладів, вигідна в фінансовому плані, позитивно впливає на фізичний та психологічний стан пацієнтів.
- Поряд з цим, для літніх людей доступні і послуги тривалого стаціонарного лікування в численних позаміських та міських лікарнях, більшість з яких (як канадські Deer Lodge Centre, Grance Municipale, Et.Boniface) мають тісний контакт з центрами суспільних послуг для здійснення подальшого нагляду і підтримки старих хворих.

- Стосовно стоматологічної і швидкої допомоги, то заслуговує на увагу поширена практика стоматологічного обслуговування людей похилого віку вдома та використання браслетів медичної тривоги і "пляшечок життя", як постійно присутнього документу особистої медичної інформації на випадок критично гострого погіршення стану здоров'я літньої людини.

- Сучасним прикладом такого центру є Норвезький центр технічних пристосувань, головні напрямки роботи якого складаються з оцінки медико-соціальних потреб літньої людини; визначення відповідних пристосувань і форм адаптації до оточуючого середовища; підгонка пристосувань у кожному конкретному випадку і внесення спеціальних конструкційних змін; інструктування користувача та наступне спостереження; технічне забезпечення і ремонт; надання на визначений термін технічного приладдя (крісел на колесах, милиць, палок, ходаків тощо); встановлення технічних і допоміжних пристосувань у пацієнта вдома.

- Велике значення в системі медико-соціальної допомоги літнім людям має їх інформаційне забезпечення, до складу якого входять телефонні лінії здоров'я (спостереження за станом здоров'я, консультативні поради, психологічна допомога); радіо і телевізійні передачі для літніх людей ("Один голос" Канадське радіо), телевізійна програма Аудрі Машовської "Старші у світлі прожекторів" (Канада-Польща) тощо;

- періодична печатна інформація у вигляді газет
- ("Старші сьогодні" (Канада), "Сторінка літньої людини" (США)) і журналів ("МАСГ"(Манітобської асоціації старших громадян, Канада), "Старі і життя" (Німеччина), "Здорове життя" (Болгарія) , “Старше покоління” (Росія) тощо); видання спеціалізованих інформаційних довідників ("Довідник для старших віком громадян у Манітобі"(Канада), Особистий інформаційний комп'ютерний лист абонентів " (США), спеціальні інтернет-сайти для літніх людей практично в усіх країнах світу.

- Так, дослідницькою групою Монреальського Центрального госпіталю встановлено, що відмова від паління продовжує життя від 2,59 до 4,43 років у чоловіків і від 2,6 до 3,68 років у жінок, незалежно від їх віку. При цьому значне місце відіграє раціональне харчування, бо, наприклад, тільки зниження рівня холестерину у крові на 1 % зменшує ризик виникнення ішемічної хвороби серця на 2 %.

- Відмічається, що населення старшого віку активно включається у виконання оздоровчих та просвітніх програм. Взагалі провідним ствердженням фахівців у галузі соціальної геронтології є те, що життя людини навіть дуже старої, хворої або інвалідизованої має бути насиченим і, по можливості, соціально активним. З цією метою у 1981 році в Європі організована недержавна організація Євrolінкэйдж, яка формує політику дії в інтересах літніх людей і вживає практичні заходи, спрямовані на їх соціально-психологічну підтримку і активізацію. Євrolінкейдж працює у тісному контакті з установами Ради Європи і забезпечує матеріалами з проблем старіння Європейський Парламент. Вона координує ряд міжнародних спеціальних програм з питань літніх людей, одною з яких є програма Ейджингвелл, яка має метою подовження активного незалежного життя літніх людей шляхом поліпшення здоров'я і зменшення захворюваності. Ця програма отримала розповсюдження в Німеччині, Іспанії, Франції, Греції, Ірландії, Італії, Нідерландах, Португалії, Сполученому Королівстві та інших країнах.

- Головним організаційним моментом у цій справі є об'єднання і всебічна підтримка виконання заходів з боку різних відомчих структур. Так, програма Ейджингвелл
- підтримується державними структурами – Департаментом охорони здоров'я і органами санітарної освіти, а також Міжнародною фармацевтичною компанією "Mark Sharp and
- Home", Національною страховою компанією та іншими національними компаніями, навіть мережею супермаркетів. На національному рівні програма, таким чином, представляє альянс державних, добровольчих і корпоративних організацій. Місцеві проекти програми базуються на місцевих альянсах представників громадських організацій і служб охорони здоров'я і соціального забезпечення.

- Концепція Літніх Менторів Здоров'я походить з США і набула широкого розповсюдження у світі під егідою ВООЗ при активній участі Армії спасіння, міжнародних фондів та ветеранських організацій. Використання самих старих людей, як посередників у поліпшенні здоров'я їх однолітків ефективно тому, що літні ментори сприймаються ними як люди, які мають спільні проблеми, як можливість контактів для самотніх і немічних старих у поза установчих умовах, а також як джерело відомостей про можливості соціальної підтримки, що існують в громаді .

- Агентство США з міжнародного розвитку, Міжнародний банк реконструкції та розвитку, Англійське агентство зарубіжного розвитку, Азіатський банк розвитку та інші агенції, узагальнюючи досвід своєї діяльності з розвитку охорони здоров'я, прийшли до висновку, що існують певні тенденції політики реформ, осередки напруженості та ділянки ускладнень (як наслідок цих тенденцій) і загальні фактори успіху, які слід враховувати організаторам у будь-якій країні при плануванні та здійсненні перетворень у медичній галузі.

- До головних тенденцій належать децентралізація; відповідальність лікувально-профілактичних установ за рентабельність послуг; розвиток чіткого уявлення про потреби і витрати громадян на страхування по окремим медичним послугам; перерозподіл витрат між роботодавцями, робітниками і державними дотаціями; зміна місця надання медичних послуг (зі стаціонарних до амбулаторно-поліклінічних установ); орієнтація на внутрішній ринок і ринкові сили в системі, заснованої на управляємій конкуренції, а не жорсткому адмініструванні; готовність змінити модель поведінки громадян і структуру грошових
- надходжень внаслідок наступання на так званий акцизний трикутник, який підтримується крупними виробниками і торговцями спиртних та тютюнових виробів.

- Осередки напруженості відмічаються між законодавчою і виконавчою владою; урядовими і місцевими органами медичної адміністрації; покупцями і поставниками послуг; стаціонарами і поліклініками; лікарями-спеціалістами і лікарями загальної практики.
- Факторами успіху політики реформ є широке обговорення і повна гласність щодо існуючих проблем і шляхів їх вирішення; інформаційне забезпечення; революційне мислення при плануванні змін; еволюційна практична діяльність, забезпечення широкої підтримки, завершеність планів.

- За останні роки з'явилася ціла низка матеріалів, які свідчать про зростання тривоги громадськості країн світу за здоров'я існуючих і наступних поколінь літніх людей у початковий період реформуючих організаційних змін. Пропонується проведення ряду заходів, здійснення яких дозволяє подолати недоліки медико-соціального обслуговування літніх людей і забезпечити їм максимально тривалу незалежність існування; досягнення максимальної доступності допомоги для усіх верств літнього населення; розширення програми по геріатричній підготовці персоналу; створення необхідної інфраструктури геріатричних служб; створення досконалих моделей державних систем геріатричної допомоги, особливо для людей старечого віку; розширення досліджень по визначенню потреб у допомозі, перехід від якісних до кількісних методів оцінки. Усі ці аспекти цілком стосуються України.

- Основними стратегічними напрямками реформування медичної галузі у сучасній соціально-еконо-мічній ситуації більшість фахівців вважають стру-ктурну перебудову галузі відповідно умов ринкових відносин і перехід до медичного страхування з обов'язковим збереженням загально-доступної медичної допомоги всім громадянам; забезпечення необхідної державної підтримки охорони здоров'я в наданні населенню гаранто-ваного обсягу безкоштовних медичних послуг; посилення деце-нтралізації системи управління з перерозподілом функцій між різними рівнями територіального управління (республіканським, регіональним, обласним, міським та районним).

- Перш за все, для виконання усіх цих завдань необхідним є визначення реальних потреб населення у тих чи інших видах допомоги і розмірів відповідних фінансових витрат на її організацію, особливо для літніх людей . З приводу цього, на думку провідних геронтологів і геріатрів , важко знайти іншу галузь медичної науки, де б настільки щільно переплелися проблеми медичні, психологічні і соціальні, як в геронтології, де б кожне спеціальне питання потребувало такого філософського обміркування і значення його було б таким важливим.

- Головним завданням сучасної медицини є пошук шляхів і можливостей для продовження активного життя людей. На початку ХХ ст. очікувана тривалість життя складала всього 50 років, в 2000 р. – 80, а до 2050 р. згідно прогнозам сучасних учених показник очікуваної тривалості життя досягне 100-120 років, і це не межа. Збільшення тривалості життя в першу чергу пов'язане з досягненнями в області природних наук, у тому числі і медицині.

- Забезпечення максимально можливої тривалості життя індивіда може бути реалізоване профілактикою одних захворювань (наприклад, багатьох інфекцій), правильним лікуванням інших (наприклад, лікування артеріальної гіпертонії), реабілітацією після перенесених третіх (наприклад, після інфаркту міокарду або інсульту).



Всі фактори ризику передчасного старіння умовно можна розділити на дві групи: внутрішні (пов'язані із спадковістю, особливостями обміну речовин) і зовнішні (так звані соціально-побутові).

- Передчасне старіння може бути генетично обумовлене.
- Багато захворювань внутрішніх органів є чинниками ризику передчасного старіння. Серед них на першому місці знаходяться захворювання серцево-судинної системи (атеросклероз, ІХС, артеріальна гіпертензія), які у багатьох випадках визначають можливість як довголіття, так і раннього постаріння.

- Розвитку старіння за прискореним типом сприяють захворювання легень, шлунково-кишкового тракту, підшлункової залози, печінки, ендокринної системи, порушення обміну речовин. Тому своєчасне виявлення і лікування хворих із захворюваннями внутрішніх органів протидіють прискореному старінню. Одним з найбільш важливих зовнішніх чинників, що визначають тип старіння, а отже, і тривалість життя, є соціальний, який робить багатогранний вплив на організм людини.

- Підвищення життєвого рівня людей, загальної культури, поліпшення житлово-побутових умов, високий рівень медикосанітарного забезпечення сприяють збільшенню середньої тривалості життя. Навпаки, зниження життєвого рівня, соціальна незахищеність, особливо осіб старших вікових груп, ведуть до передчасного старіння. Чинниками ризику прискореного старіння є також низька фізична активність, нераціональне харчування, куріння, алкоголізм, надмірна вага тіла, напружена інтелектуальна праця у поєднанні з гіподинамією, іонізуюча радіація.

- Одним із завдань геронтології і геріатрії є розробка механізмів і методів збільшення тривалості життя. Ця діяльність представлена двома важливими напрямками - геропротекція і профілактика захворювань.
- Геропротекція - сукупність чинників, що уповільнюють процес старіння. Вивченням цих питань традиційно займається фундаментальна геронтологія, проте, геропротекція має не тільки науково-медичний сенс, але є найважливішою соціальною проблемою.

- Геропротекція повинна бути спрямована не просто на продовження життя, а на продовження здорового, якісного, повноцінного життя.
- Збільшення тривалості життя людини є однією з найважливіших завдань геронтології і, в цілому, сучасної профілактичної медицини.

- Від сукупності функціональних резервів всіх органів і систем залежить біологічний вік конкретної людини. Саме на збільшення цього біологічного віку з орієнтацією на здорове і активне продовження життя повинні бути направлені зусилля геропротекції - не просто жити, а жити якісно. Ще одним важливим аспектом в діяльності лікаря в практиці геріатрії є питання профілактики передчасного старіння.

- Велике значення в активізації життєвої позиції літніх людей має передпенсійна підготовка, яка повинна бути фізичною, соціальною і психологічною. У таку підготовку доцільно включати бесіди про чинники, сприяючі збереженню здоров'я, рекомендації, що стосуються рухової активності, раціонального, збалансованого харчування, правил особистої гігієни.

- Необхідно пояснити літній людині, що вихід на пенсію треба розцінювати не як «кінець життя», а як початок нового етапу, який може бути тривалим і цілком благополучним. Однією з умов цього благополуччя є посильна праця. Багато людей, що залишають основну роботу, можуть знайти задоволення в садівництві, мистецтві, культурі, сім'ї, онуках. Соціологічні дослідження показали, що більше половини всіх людей, що вийшли на пенсію, психологічно не готові до нового періоду життя. Кожній людині, яка вирішує припинити трудову діяльність в пенсійний період, необхідно свідомо і цілеспрямовано готуватися до цього, орієнтуючись перш за все на активну життєву позицію і активну поведінку в нових умовах.

- Соціологічні дослідження показали, що більше половини всіх людей, що вийшли на пенсію, психологічно не готові до нового періоду життя. Кожній людині, яка вирішує припинити трудову діяльність в пенсійний період, необхідно свідомо і цілеспрямовано готуватися до цього, орієнтуючись перш за все на активну життєву позицію і активну поведінку в нових умовах.

- Якщо підготовка до виходу на пенсію не проводиться, якщо сама старіюча людина не визначає перспектив після закінчення професійної діяльності або якщо підготовка до виходу на пенсію була неадекватною, то втрата роботи, невміння заповнити свій вільний час можуть привести до зниження життєвого тону, до свідомості своєї даремності, до депресії.

- Дуже важливо підтримувати пенсіонера, що намагається продовжити трудову діяльність, що прагне відчувати себе повноцінним членом трудового колективу. Відчуваючи свій внесок в загальну справу, літня людина знаходить в собі упевненість, силу.

- Позитивні емоції значно підвищують інтерес до життя, який, у свою чергу, є могутнім стимулом збереження здоров'я. Трудові рекомендації літнім людям повинні відповідати основним вимогам: відповідність умов трудовій діяльності стану здоров'я літньої людини і його функціональним можливостям; відповідність рекомендацій за родом діяльності освіті і професійним навикам; максимально можливе збереження кваліфікації.

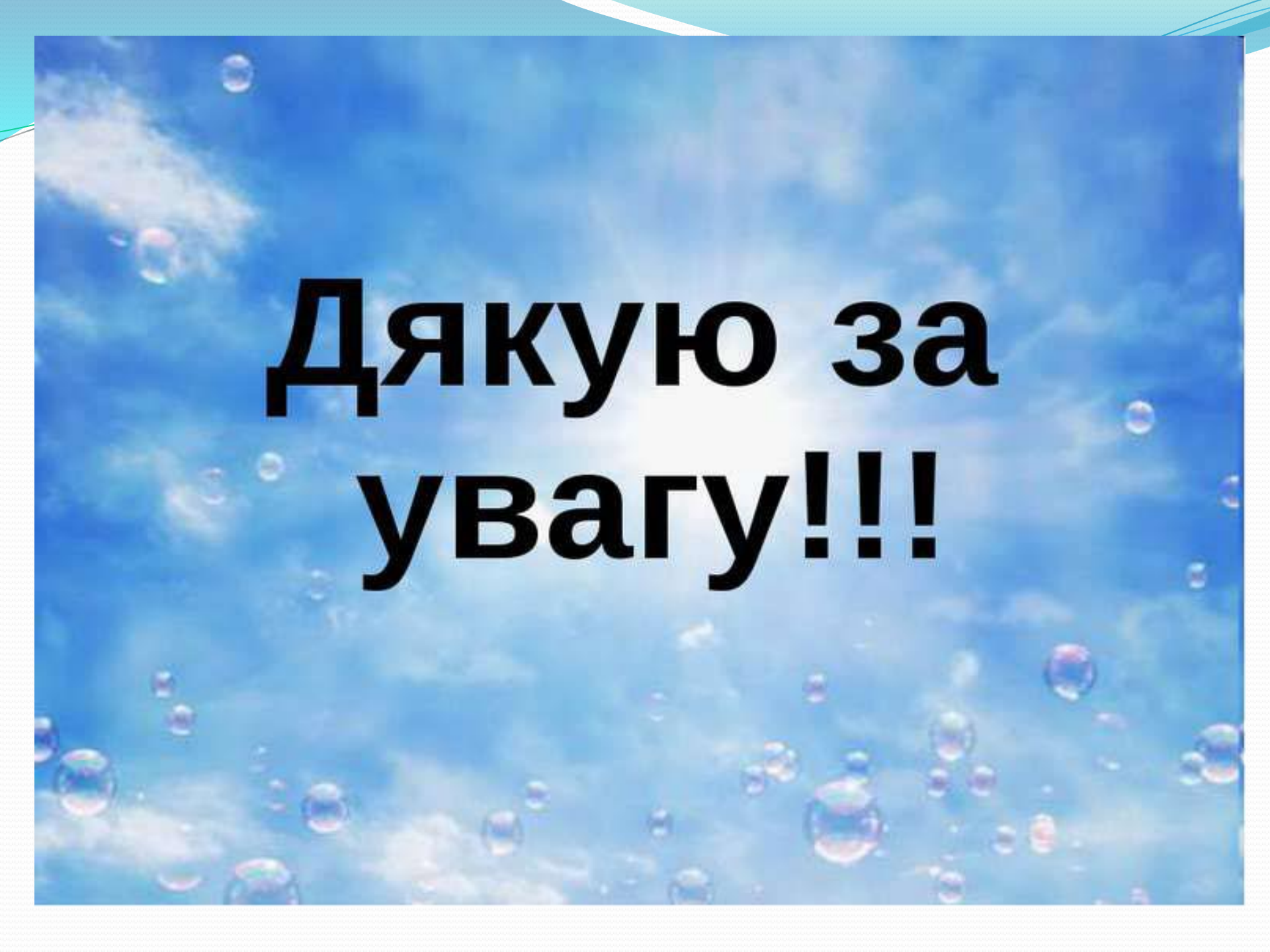
- Остання вимога особлива важливо для морального задоволення працюючого пенсіонера. Не можна забувати про те, що з віком працездатність всіх людей знижується, ослабляється увага, втрачається здібність до швидкого перемикання з одного виду діяльності на іншій.

- Підвищені навантаження навіть при задовільному самопочутті викликають перевтому, унаслідок якої праця стає малоефективною і не приносить задоволення, особливо необхідного літнім людям.
- Даючи рекомендації в питаннях трудової діяльності, лікар повинен враховувати особисті інтереси пенсіонера і його характерологічні особливості. Лікар в своїй роботі постійно повинен ґрунтуватися на останніх наукових даних в геронтології, на вивченні проблем довголіття.

- Таким чином, збільшення частки людей літнього віку в загальній структурі населення, особливості патології та зниження фізичних можливостей із збільшенням віку визначають високі потреби цієї верстви населення у медико-соціальній допомозі і необхідність її удосконалення в процесі реформування медичної галузі. Геріатрична спрямованість медичної допомоги визначає її сучасний розвиток, приводить до диференціації служб, вдосконалює принципи організації допомоги, доступність і якість її надання.

Контрольні запитання

- 1. Основні аспекти соціальної геронтології.
- 2. Соціальні проблеми літніх людей.
- 3. Періоди розвитку соціальної геронтології в Україні.
- 4. Моделі фінансування охорони здоров'я.
- 5. Організація геріатричної допомоги за кордоном.
- 6. Стратегічні напрямки реформування медичної галузі в Україні.



**Дякую за
увагу!!!**