

Лекція 4

СОЦІАЛЬНА ЗНАЧИМІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРОБЛЕМ СТАРШОГО ПОКОЛІННЯ

- Здоров'я населення старшого віку і за потреби медичної допомоги.
- Концепція здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я при ООН та основні показники життєздатності в літньому і старечому віці.
- Поняття «громадське здоров'я» та стратегія держави щодо здоров'я населення похилого та старечого віку.
- Соціальні аспекти геронтологічного догляду та реабілітації.
- Проблеми інвалідності населення старшого віку.

Минулий ХХ століття і початок ХХІ ст. характеризуються двома дивовижними явищами, про які людство в минулому навіть не могла подумати: збільшення середньої тривалості життя і глобальне старіння населення. Однак ці два феноменальні явища не свідчать про довгоочікувану реалізацію багатовікової мрії людства про довге життя, навпаки, для більшості літніх людей це не соціальне досягнення, а безрадісне, безпорадне і нікому не потрібне існування. У всіх країнах, навіть найбільш економічно благополучних, наполегливо, утверджується точка зору, що медична та соціальна допомога старим людям стає все більшим тягарем, який лягає на постійно зменшуване працездатне населення.

У зв'язку з цим необхідно чітко уявляти всю проблему медичного обслуговування літніх в її соціальному аспекті, а також розуміння того факту, що населення старшого віку навіть при вираженій демографічній старості залишається все-таки менше, ніж інші вікові категорії населення в цілому, і тим не менш нібито використовує значні фінансово-економічні ресурси охорони здоров'я.

Згідно з медичною статистикою, в середньому літні люди в 1,5 рази частіше звертаються до лікарів, в 2 рази частіше госпіталізуються і довше знаходяться на стаціонарному лікуванні, ніж інші хворі. Частка викликів швидкої медичної допомоги до осіб старше 60 років становить від 40 до 63%, що ніби призводить до глибокої деформації цієї служби, бригади якої виконують невласливі їй функції: виїжджають на виклики до людей похилого віку, що страждають хронічними захворюваннями, загострення яких не завжди вимагає екстреної медичної допомоги.

Число виявлених з віком захворювань постійно зростає, причому у віці старше 50 років на одного хворого припадає до 3,5 діагностованих захворювань, а для осіб 70 років і старше — 5 — 7 захворювань. В першу чергу мова йде про гіпертонічну хворобу, ішемічної хвороби серця, різних формах артрозів, діабеті, судинної патології. Загальновідомо, що чим старше людина, тим більш виражена в нього потреба спеціалізованої допомоги: офтальмолога, отоларинголога, кардіолога, уролога, ендокринолога і т. д. З збільшенням віку відбувається як би «нашарування» одного захворювання на інше, спостерігається взаємообтяження їх впливу, що протікає на тлі зниження компенсаторних можливостей старого організму. Це створює певні діагностичні труднощі, вимагає тривалого лікування, а для окремих контингентів літніх і старих людей — тривалого трудозатратного медичного догляду.

Міністерство праці та соціального розвитку (2002) дає наступну картину захворюваності осіб 60 років і старше за даними зверненнями на 1000 населення.

1. Хвороби системи кровообігу — 902,5.
2. Хвороби органів дихання — 270,0.
3. Хвороби нервової системи — 268,5.

4. Хвороби кістково-м'язової системи — 246,0.
5. Хвороби органів травлення — 181,0.
6. Хвороби сечостатевої системи — 56,0.
7. Хвороби ендокринної системи — 54,0.
8. Хвороби шкіри — 53,7.
9. Психічні розлади — 34,1.
10. Новоутворення — 17,1.

Традиційно в нашій країні геріатричні хворі госпіталізуються в стаціонари загальної лікувальної мережі, лише окремі стаціонари надають медичну допомогу переважно літнім і старим людям, в основному це госпіталі для учасників і інвалідів Великої Вітчизняної війни. В останні роки з'явилися нові форми стаціонарного лікування літніх: лікарні довготривалого догляду; будинки та відділення сестринського догляду; стаціонарів короткотривалого перебування; перепрофілювання медичних ліжок у соціальні в звичайних лікарнях, адже не секрет, що нерідко госпіталізація старої людини обумовлюється тільки соціальними показаннями. Само собою зрозуміло, що при досить слабкому розвитку спеціалізованих лікарень для старих людей проблема організації медичної допомоги на даному етапі залишається невирішеною, більш того, вважається, що старі люди нібито «блокують» ліжка в загальних та спеціалізованих лікарнях.

В останні роки в медичній літературі все частіше з'являються повідомлення про те, що прямі витрати на медичну допомогу старим людям малі у всіх країнах, у тому числі і в Україні. В геріатрії головною проблемою є ставлення до хворих старшого віку як до пацієнтів, яким повинна надаватися «обмежену допомогу», причому це виявляється і в економічно благополучних країнах, у ряді яких мало не на законодавчому рівні літнім людям обмежують надання інтенсивної терапії та високотехнологічних втручань. Практично повсюдно стверджується, що більш справедливим буде перевагу надати таку медичну допомогу молодій людині, а не глибокому старому, бо старики гірше виживають і їх лікування менш ефективно.

Дослідження витрат на медичну допомогу старим людям показують, що думка про високу вартість її абсолютно невірно. Старі хворі госпіталізуються переважно не для отримання високотехнологічної дорогої допомоги, а для цілком звичайного лікування і втручання, що поліпшують якість життя. Лише 3 — 6% від частини бюджету, витраченої на старих людей, можуть бути заощаджені, якщо відмовляти всім старим людям у високотехнологічних втручаннях, але така відмова буде божевіллям — приблизно 50% хворих, які отримують дороге лікування в старечому віці, виживають, і очікуваний ефект лікування досягається.

Зазвичай при обговоренні проблем дорогого лікування та підтримки здоров'я старих людей у главу кута ставиться твердження, що життя у глибокій старості, особливо при наявності старечого недоумства, жахлива як для самого старого людини, так і для оточуючих, що більш гуманним було б переривання такого існування. Але така точка зору є не що інше, як новий вид геронтофобії, якщо не сказати більше. У геронтопсихіатричній літературі давно вже достовірно встановлено, що більшість людей, що дожили до 80 років і навіть до 100 років і більше, не страждають старечої деменцією. У свою чергу, далеко не 100% населення молодих вікових груп приймають таке ставлення до літнім і старим людям. Так, згідно з літературними даними, в Англії тільки 15% населення погоджуються з тим, що старі люди повинні отримувати менше, обмежене лікування порівняно з іншими.

Відомо, що велика частина медичних послуг оплачується через страхові компанії, відомо також, в яку суму обходиться країні те чи інше захворювання, причому найдорожчими залишаються все-таки хвороби похилого та старечого віку. Само собою зрозуміло, що найчастіше стосовно старих людей вибирається певний компроміс: необхідне дороге і довготривале лікування в стаціонарі підміняється лікуванням у домашніх умовах або приміщенням у стаціонарні установи соціального обслуговування. Така точка зору переважає в більшості економічно благополучних країн, незважаючи на відмінності в медичному страхуванні.

Відмінними рисами сучасних геронтогігієнічних досліджень є необхідність нових методичних підходів до вивчення стану літнього населення і перехід від якісних до кількісних методів його оцінки. Кількісні методи дозволяють визначити реальні потреби літніх людей у різних видах медичної допомоги з урахуванням вікової структури населення регіону за умови мінімальних часових і матеріальних витрат.

Співробітники Інституту геронтології АМН України (2000) встановили, що організація геріатричної допомоги населенню в рамках розвитку страхової медицини висуває конкретні завдання по розробці вікових медико-економічних стандартів, специфічних контрольних цифр кінцевих результатів діяльності установ медико-соціальної допомоги, по експертизі рівня і якості її надання, а також щодо формування і раціонального використання фондів медичної та соціально-побутової допомоги. Для цього, на думку вчених геріатрів, необхідні медико-соціальні та інформаційно-експертні технології, що дозволяють:

- умовно розділити підлягають страхуванню літніх людей на групи з надання диференційованих страхових полісів з відповідними розмірами державних страхових платежів;
- коригувати регіональні (міські, районні, галузеві) базові програми медичних послуг;
- раціоналізувати рішення питань фінансування і розвитку установ медико-соціальної допомоги;
- отримувати незалежні експертні дані щодо ефективності та якості організації допомоги.

У цей же час можна з певною часткою достовірності говорити про те, що більшість старих людей в Україні звертається за медичною допомогою лише в разі різкого погіршення соматичного здоров'я, тобто при такому загостренні хронічних або гострих хвороб, коли застосування раніше призначених ліків не надає значного полегшення або призводить до зниження ступеня самообслуговування. Про це в останні роки змушені говорити і органи охорони здоров'я, об'єктивно оцінюючи первинну захворюваність за зверненнями літніх і старих людей в поліклініки і при так званих суцільних медичних оглядів (диспансеризації). Виявилось, що показники первинної зверненнями значно нижче, ніж при цілеспрямованому медичному обстеженні.

Результати досліджень об'єктивно свідчать про те, що показники загальної захворюваності за зверненнями за медичною допомогою в літньому і старечому віці нижче показників диспансерного обліку за всіма класами хвороб в наступній пропорції:

- 55 — 59 років — в 1,8 рази;
- 60 — 64 роки — у 2,6 рази;
- 80 років і старше — майже в 4 рази.

З іншого боку, при оцінці стану здоров'я слід враховувати не тільки рівень загальної захворюваності, але і співвідношення його з рівнем вперше виявлених захворювань. Цей показник у віковій групі 60 — 69 років становить 30,7%, а у віковій групі 70 літ і старше — всього лише 17,2%. Саме ці дані наочно підтверджують той

факт, що чим старше вік, чим рідше звертаються старі люди в поліклініки та інші медичні установи, тому так різко знижується відсоток виявлених у них вперше захворювань. Ще більш показові ці дані при порівнянні загальної захворюваності міського і сільського населення старших вікових груп. Судячи з медичною статистикою, літні люди у місті хворіють в 3,8 — 4,0 рази частіше, ніж на селі, а рівні їх зареєстрованої первинної захворюваності розрізняються в 2,5 рази. Звідси робиться віртуально оптимістичний висновок, що більш низький рівень захворюваності сільських жителів старшого віку нібито вказує на їх краще здоров'я. І ось на такому висновку ґрунтується реформування сільського охорони здоров'я, здійснене Урядом України, яке практично полягає в повсюдне скорочення кількості лікарняних ліжок або закриття дільничних лікарень, укрупнення зони впливу фельдшерсько-акушерських пунктів із зменшенням їх кількості. Створюється враження, що уряд свідомо позбавляє всіх сільських жителів, насамперед літнього населення, що становить переважна більшість, кваліфікованої лікарської допомоги, в кращому разі залишаючи їм первинну долікарську медичну допомогу на фельдшерсько-акушерських пунктах. Адже відомо, що вперше виявлені або ліковані на даних пунктах захворювання не враховуються при розрахунку статистичних показників. Разом з тим є свідчення (у медичній літературі), що керівники ряду медичних закладів, що обслуговують сільське населення, виходять із міркувань, що захворюваність може і повинна знижуватися, що в свою чергу не сприяє встановленню істинної картини стану здоров'я літніх сільських жителів. Яскравим свідченням цього є той факт, що захворюваність самотньо живуть старих людей в селах, де є лікарня, майже в 7 разів вище, ніж у жителів сіл, які не мають медичних установ. Істинна захворюваність літнього населення, розрахована за результатами комплексних масових лікарських оглядів обмежених контингентів сільських жителів, в 6 — 10 разів вище захворюваності за зверненнями.

Як відомо, доступність поліклінічної медичної допомоги літньому населенню визначається ступенем наближеності медичного закладу до місця проживання. При збільшенні середнього часу, необхідного для досягнення поліклініки з 10 до 30 хвилин, ступінь звернення осіб старше 60 років зменшилася з 43% від загального числа звернень до 31%, а задоволеність потреби у медичної допомоги осіб старше 75 років зменшувалася з 63,3 до 44,2%. Серед користуються медичною допомогою лише в домашніх умовах осіб у віці від 60 до 69 років лише 19,3%, а серед осіб старше 80 років — 89,6%. У той же час, як показують дослідження, усе більше число дуже старих людей має потребу в тривалому стаціонарному лікуванні і при цьому питання госпіталізації осіб старше 75 років навіть у гострих випадках вирішуються особливо важко.

Потреби літніх госпіталізації в лікарні встановлена на рівні 260 осіб на 1000 при фактичній госпіталізації на рівні 154—165 випадків, у постійному перебуванні в стаціонарних установах за медико-соціальними показниками потребує 2,4% літніх. Аналіз якості лікування виявив у 33,3% осіб старечого віку відсутність необхідного комбінованого лікування, у 27,7% осіб передозування лікарських засобів, 14,5% осіб були призначені малоефективні ліки, а 3,6% — ліки призначали без врахування протипоказань. Встановлено, що чим старше хворі, тим рідше проводяться інструментальні методи обстеження з-за їх обтяжливості. Навіть у стаціонарі старим людям рідше, ніж молодим, проводиться повний спектр діагностичних обстежень, консультації різних фахівців.

За даними Міністерства праці та соціального розвитку (2002 р.) 93% літніх людей помирають в домашніх умовах: кожен 7-й старий чоловік і лише кожна 20-я стара жінка.

Дослідження вікових особливостей смертності вдома серед жителів великого міста (Омськ) дозволило встановити, що переважна більшість померлих було похилого та старечого віку, але найбільш важливим є те, що багато хто з померлих не отримували в період, що передував смерті, необхідної кваліфікованої допомоги. Згідно з численними дослідженнями, проведеними в різних містах країни, будинки помирає від 55 до 85% хворих старших вікових груп, і причиною цього є відмова в госпіталізації через старечого віку. Цей факт найбільш демонстративно свідчить про явне небажання органів охорони здоров'я займатися людьми похилого віку, що страждають хронічними захворюваннями. Нерідко родичі або самі хворі відмовляються від госпіталізації з причини вкрай незадовільного догляду у багатьох українських лікарнях.

У цьому зв'язку заслуговують на увагу дані ВООЗ, згідно з якими «більшість літніх людей загалом здорові як фізично, так і психічно... і багато старих людей не потребують ні догляду, ні в лікуванні... 7 з 10 осіб у віковій групі 70 — 80 років не потребують сторонньої допомоги при догляді за ними». Більше того, є дані про те, що у віці 80 років і старше кожен старий чоловік з власної ініціативи протягом року не звертається за медичною допомогою. $\frac{2}{3}$ з тих, хто не звертається до лікаря, роблять це тому, що звикли до своїх старечих недуг, інша $\frac{1}{3}$ — тому, що вважають себе здоровими або лікуються самостійно, за порадами родичів або знайомих, приятелів.

Тому все частіше висловлюється думка про те, що назріла необхідність кардинальної переорієнтації охорони здоров'я на розвиток поза лікарняних форм обслуговування літніх і старих людей.

Особливої уваги у цьому контексті заслуговує самооцінка літніх і старих людей свого здоров'я і встановлення кореляцій між самооцінкою і низкою об'єктивних показників. Так, була виявлена чітко виражена залежність: із збільшенням віку зменшується питома вага хороших оцінок і збільшується кількість поганих оцінок свого самопочуття. Частка осіб, які вважають своє здоров'я задовільним, становить серед осіб старше 60 років від 50 до 60%, а хороші самооцінки — лише у 2 — 3%. Виявлені серйозні відмінності в самооцінці здоров'я між чоловіками і жінками, останнім властива більш висока самооцінка, тоді як чоловіки більш песимістично оцінюють своє здоров'я, причому по мірі просування у віці розходження в самооцінці між статями стає більш істотним.

Згідно з дослідженнями Міністерства праці та соціального розвитку (1999), / всіх пенсіонерів оцінюють своє здоров'я як незадовільний або не цілком задовільний. Пік незадоволеності станом свого здоров'я припав на 1992 р. — більше 70% всіх опитаних. Задоволеність станом здоров'я у літніх людей в Україні набагато нижче, ніж у їх однолітків в економічно благополучних країнах, причому в українців простежується пряма залежність між незадоволеністю своїм здоров'ям і незадоволеністю життям в цілому. У зв'язку з цим цікаві дані деяких авторів про те, що найбільша задоволеність життям серед літнього сільського населення спостерігається у віці 80 років і старше.

* * *

Ще в 1963 р. ВООЗ запропонувала ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ підхід до визначення здоров'я літніх і старих людей, що основним показником здоров'я населення старшого віку визначає не кількість («букет») хронічних захворювань, накопичених і отриманих ще в молодому або зрілому віці, а СТУПІНЬ РУХЛИВОСТІ і СТУПІНЬ САМООБСЛУГОВУВАННЯ. В узагальненій оцінці стану здоров'я літніх і старих людей на перше місце висувається ПОВСЯКДЕННА ДІЯЛЬНІСТЬ, що визначається ступенем рухливості і об'ємом самообслуговування.

Ще в 1963 р. ВООЗ запропонувала ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ підхід до визначення здоров'я літніх і старих людей, що основним показником здоров'я населення старшого віку визначає не кількість («букет») хронічних захворювань, накопичених і отриманих ще в молодому або зрілому віці, а **СТУПІНЬ РУХЛИВОСТІ** і **СТУПІНЬ САМООБСЛУГОВУВАННЯ**. В узагальненій оцінці стану здоров'я літніх і старих людей на перше місце висувається **ПОВСЯКДЕННА ДІЯЛЬНІСТЬ**, що визначається ступенем рухливості і об'ємом самообслуговування.

Здатність до нормальної життєдіяльності є самим об'єктивним показником незалежності і самостійності старої людини, його соматичного стану. Виходячи з цього принципу, було запропоновано виділяти з маси літніх і старих людей три групи для визначення першочерговості в наданні їм медичної допомоги і соціального догляду:

- фізично активні, незалежні у своєму повсякденному житті, не потребують ні в якому вигляді допомоги і справляються з власними проблемами самостійно
- обмежено фізично активні (індивідуально активні), тобто здатні до самостійного пересування та самообслуговування в межах обмеженого простору і при періодичній сторонньої допомоги;
- фізично неактивні, безпорадні, прикуті до ліжка, тобто повністю залежні від постійної сторонньої допомоги; життя таких старих людей, її тривалість і якість, залежить від догляду, здійснюваного іншою людиною.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я — збереження пізнавальних здібностей та інтелектуальних можливостей старої людини, наявності або відсутності яких-небудь психічних розладів, врівноваженість емоційних реакцій — займає друге місце в узагальненій оцінці стану старої людини.

СОМАТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я визначається на підставі об'єктивних і суб'єктивних оцінок: на підставі діагностованих захворювань, їх тяжкості, клінічної картини, загострень, частоти звернення за медичною допомогою до поліклініки, частоти і часу перебування на стаціонарному лікуванні, а також самооцінки власного здоров'я літньою людиною.

СОЦІАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я визначається наявністю сімейних і найрізноманітніших соціально-побутових контактів, зв'язків, участю в житті мікро - і макрооточення, відносинами з соціальними та державними організаціями.

ЕКОНОМІЧНИЙ СТАН визначається достатністю або недостатністю фінансово-економічних доходів з будь-яких джерел для задоволення реальних запитів літньої людини та підтримання гідного способу життя.

Саме функціональний підхід, рекомендований ВООЗ, був використаний в соціальній геронтології для досліджень здоров'я літніх людей, тому що в літньому, а тим більше в старечому віці далеко не завжди встановлюються прямі залежності між реальним соматичним станом, самооцінкою власного здоров'я старим людиною і ступенем його незалежності при самообслуговуванні.

У Україні лише в останні 10 років органи охорони здоров'я стали піднімати питання про те, що при вивченні здоров'я населення похилого та старечого віку необхідно враховувати показники, що характеризують ступінь рухливості і здатності до самообслуговування. Встановлено, що у віці 60 — 64 роки до 93% осіб мають хорошу рухливість, а у віці 80 років і старше — лише 20 — 23%. Без сторонньої допомоги, хоча і з працею, пересуваються 50% чоловіків і 38% жінок; обмежено рухливі 20 і 25% відповідно, а прикуті до ліжка, здійснений-але безпорадні 5% чоловіків і 8% жінок старше 80 років.

У той же час аналіз здатності до самообслуговування осіб старше 80 років показав, що 35% старих жінок і 25% чоловіків залежать від допомоги сторонніх людей. В цілому по Україні від 5 до 6 млн осіб старшого віку відносяться до самотньо проживаючим, з них 1,5 млн осіб потребують сторонньої допомоги та соціальних послуг по причині незадовільного стану здоров'я. Близько 300 тис. старих людей потребують щоденних медичних та соціальних послуг вдома і лише 22% серед літнього населення України можуть бути визнані практично здоровими.

Останні два десятиліття ХХ ст. докорінно змінили не тільки погляди на старість, але й показали, що вона стала «розмаїтим світом», що складається з «ранніх» пенсіонерів, «середніх» пенсіонерів, «дієздатних» літніх людей і людей похилого віку з різними ступенями та формами недієздатності. «Третій вік», на думку багатьох дослідників, раптово розширився, утворюючи молодші та старші групи, так що в даний час доводиться проводити розходження між літніми людьми не стільки на підставі їх календарного віку, скільки за їх соматичного здоров'я, соціального, культурного і комунікаційного капіталу, накопиченого протягом усього життя. В цілому ж для певною мірою уніфікації одержуваних результатів порівняльних медико-соціальних дослідженнях виділяються наступні вікові періоди старості:

- рання старість — до 65 років;
- середній період старості — до 75 років;
- пізній період старості — старше 75 років;
- довгожителі — 90 років і старше.

Для практичних цілей медичного і соціального обслуговування ідеальним представляється розмежування літніх і старих людей за 5-річними віковими періодами: 55 — 59 років; 60 — 64 роки; 65 — 69 років; 70 — 74 роки; 75 — 79 років; 80 — 84 роки; 85 — 89 років; 90 — 94; 95 — 99 років; 100 років і старше. Заслуговує уваги той факт, що ВООЗ наполегливо рекомендує осіб у віці 80 років і старше характеризувати строго за 5-річними періодами, що пов'язано з постійним збільшенням саме цієї групи дуже старих людей в самій структурі населення похилого віку. У свою чергу, в кожній віковій 5-річній групі необхідно виділяти підгрупи за ступенем рухливості і здатності до самообслуговування. Тільки володіючи такими вичерпними характеристиками, можна повною мірою реалізувати принципи адресності та функціональності в наданні медичної допомоги та соціальних послуг: нерідко 60-річні можуть бути більш важко хворими і безпорадними, ніж 80-річні.

ВООЗ визначає групи високого ризику, тобто мають високий ризик погіршення соматичного здоров'я, серед літніх людей:

- дуже старі люди, 80, 90 років і старше;
- літні люди (старі), які живуть самотньо (родина з однієї людини);
- літні (старі) жінки, особливо самотні і вдови;
- ізольовано живуть літні (старі), одиноки або подружні пари;
- бездітні літні (старі);
- літні (старі) пари, в яких один чоловік важко хворий або страждає фізичною вадою;
- літні (старі), вимушені жити на мінімальну державне або соціальне забезпечення або навіть на ще більш незначні фінансові кошти.

ВООЗ також пропонує ділити всіх літніх людей на дві великі групи за тривалістю перебування на пенсії (з часу припинення активної трудової діяльності):

- нові старі — пенсіонери першого п'ятиріччя після досягнення пенсійного віку;
- старі старі — пенсіонери наступних п'ятирічний пенсійного періоду життя.

ВООЗ виділяє три типи медичної допомоги літнім людям:

— первинна медико-санітарна допомога, що включає методи і прийоми, доступні кожній людині окремо і населенню в цілому, традиційне надання допомоги службами охорони здоров'я;

— первинна медична допомога, забезпечується лікарем-терапевтом, яка передбачає призначення відповідного лікування і динамічне спостереження;

— геріатрична допомога, контрольована лікарем - геріатром у складі комплексної (міждисциплінарної) бригади.

При наданні медичної допомоги літнім в першу чергу необхідно оцінювати ті зміни, які відбуваються в їх соматичному стані, щоб вчасно надати потрібну в даний момент втручання. Воно може бути двох видів.

1. Терапевтичне втручання, спрямоване на патологічний процес з метою зміни його природного перебігу.

2. Компенсація, спрямована на те, щоб створювати додаткові джерела, що дозволяють впоратися з наслідками патологічних змін або зменшити викликані ними функціональні порушення.

Зазвичай у хворих похилого та старечого віку нові проблеми, пов'язані зі здоров'ям, з'являються на тлі інших численних проблем і курсів лікування, тому кожне нове відхилення від норми створює новий набір труднощів. Поява нових ускладнень може бути замасковано проявами вже існуючих, тому план лікування нового захворювання повинен враховувати можливість взаємодії призначуваних ліків з лікарськими препаратами, які хворий приймає. Нове захворювання може послужити поштовхом до зміни дуже крихкого функціонального рівноваги у літніх і призвести до порушення функції такої міри, коли для корекції цих порушень буде потрібно мобілізувати систему зовнішньої допомоги на тимчасовій або постійній основі. Кожне таке втручання слід планувати таким чином, щоб не збільшувати залежність хворого від оточуючих.

Цілком очевидно, що існує гостра необхідність в організації, розвитку і вдосконаленні геріатричної допомоги, забезпечує медичне та соціальне обслуговування літніх і старих людей для підтримки їх функціональної і побутової незалежності.

В останні роки все більшу увагу привертає досить реальна ідея запобігання кризи в медичному обслуговуванні населення — «не хворіти». Це підтверджується статистичними даними, що свідчать про те, що люди, які прожили понад 90 років, вдаються до медичної допомоги рідше за тих, хто не дожив до 80 років. Раніше вмирають люди, які страждають хронічними захворюваннями, велика частина яких пов'язана із образом життя. Все частіше висловлюється думка, що здоров'я і працездатність навіть в старості можна підтримувати не стільки засобами медицини, скільки здоровим способом життя, тим більше, що всього 20% так званих старечих хвороб мають генетичну природу. Здоров'я старого людини — результат оптимальної реалізації генетичної програми розвитку і в першу чергу залежить від самої людини, від його ставлення до власного організму. Здоров'я нації, за даними дослідників, на 50% залежить від рівня життя, на 20% — від спадковості, на 20% — від стану навколишнього середовища і лише на 10% — від медицини.

* * *

При оцінці здоров'я прийнято виділяти 4 рівня:

— здоров'я окремої людини;

— здоров'я малих соціальних або етнічних груп;

— групове здоров'я;

— здоров'я населення

- адміністративно-територіальна одиниця;
- громадське здоров'я
- здоров'я суспільства, популяції в цілому.

Соціально орієнтовані критерії в просторі «здоров'я — хвороба» наступні.

- Порушення — втрата, недостача, аномалія або розлад будь-якої значимої для життєдіяльності анатомічної структури, фізіологічної або психологічної функції.
- Обмеження життєдіяльності — відхилення від норми діяльності людини внаслідок порушень здоров'я, яке характеризується обмеженням здатності здійснювати самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, контроль за своєю поведінкою.
- Соціальна недостатність — впливає з порушень або обмежень життєдіяльності зниження або відсутність можливості виконувати в житті і в суспільстві функції, які звичайні для людини даного віку і статі, особливостей його соціального і культурного стану " (реалізація «життєвої ролі», орієнтованої на виживання в суспільстві і виконання свого обов'язку перед ним).

Для оцінки індивідуального здоров'я використовується ряд дуже умовних показників:

- **ресурси здоров'я** — це морально-функціональні і психологічні можливості організму мати позитивний баланс здоров'я; підвищення ресурсів здоров'я забезпечується всіма заходами здорового способу життя (харчування, фізичні навантаження тощо);
- **потенціал здоров'я** — це сукупність здібностей індивідуума реагувати на дію зовнішніх факторів; адекватність реакцій визначається станом компенсаторно-приспосувальних систем (ендокринної, нервової і т. д.) і механізмом психічної саморегуляції (психологічна захист тощо);
- **баланс здоров'я** — виражене стан рівноваги між потенціалом здоров'я і діють на нього факторами.

В медицині не можна говорити про здоров'я і хвороби взагалі, а слід говорити про здоров'я людей. До людини потрібно підходити як до істоти біопсихосоціального, здоров'я ж сучасної людини виступає як результат природної еволюції homo sapiens, в якій постійно наростало вплив соціальних факторів. Проблема співвідношення соціального і біологічного в людині — ключ до розуміння природи і характеру його здоров'я, його хвороб, які слід трактувати як біосоціальної категорії. Здоров'я і хвороби людини — це нове, опосередковане соціальна якість.

У медико-соціальних дослідженнях групового здоров'я, здоров'я населення та суспільного здоров'я традиційно прийнято використовувати наступні індикатори:

- демографічні показники;
- захворюваність та інвалідність;
- фізичний розвиток.

При вивченні громадського здоров'я фактори, що його визначають, об'єднують у такі групи.

- Соціально-економічні (умови праці, житлові умови, матеріальний добробут і ін).
- Соціально-біологічні (вік, стать, перебіг захворювань у більш ранні вікові періоди).
- Екологічні та природно-кліматичні (забруднення середовища проживання, середньорічна температура, рівень сонячної радіації і т. д.).
- Організаційні або медичні (рівень та організація медичної допомоги).

З віком роль соціально-біологічних факторів знижується, поступаючись місцем соціально-економічних умов і способу життя. Тільки в останнє десятиліття ХХ ст. в

повній мірі був зрозумілий характер зв'язків між бідністю і ослабленим здоров'ям, хоча емпіричні дослідження в минулі століття вказували на таку залежність. Вже в середині XIX ст. лунали заклики до зміни соціальної політики по відношенню до бідних верств населення, в теперішній же час немає сумнівів у тому, що між соціальною бідністю і поганим станом здоров'я існує прямий зв'язок.

У 1974 р. в Канаді була розроблена концепція «поля здоров'я», або концепція Лейлонда (по імені розробив її автора), згідно з якою стан здоров'я повинно розглядатися як продукт способу життя, впливу навколишнього середовища, біології людини та охорони здоров'я. Саме цей підхід було покладено в основу спільної стратегії європейського охорони здоров'я, прийнятої ВООЗ через 10 років, у 1984 р.:

- розробка суспільної політики зміцнення здоров'я;
- створення сприятливого навколишнього середовища;
- посилення громадської активності;
- розвиток особистих навичок і знань;
- переорієнтація служб охорони здоров'я.

Ці принципи служать зміцненню охорони громадського здоров'я і дозволяють підвищити контроль за показниками охорони здоров'я, тобто за політикою держави щодо здоров'я її населення. Однією з головних областей, в яких бере участь система охорони громадського здоров'я, є надання послуг для конкретних груп населення, в тому числі для літніх і старих людей. Модель зміцнення здоров'я заснована на між секторальний підхід, що передбачає використання фахівців з цілого ряду областей, що включають епідеміологію, соціальну політику, психологію, маркетинг, антропологію й економіку. Зміцнення здоров'я населення залежить в першу чергу від національного підходу, що знаходить своє відображення в законодавстві і проведеній політики в області охорони здоров'я, а будь-яка реорганізація системи охорони здоров'я повинна забезпечувати інтеграцію заходів по укріпленню здоров'я в систему надання медичних послуг. На жаль, вітчизняна реформа охорони здоров'я робить прямо протилежну дію на доступність і якість медичної допомоги всім верствам населення України і в першу чергу літнім і старим людям.

Існує думка, що хронічно хворі літнього віку певною мірою характеризують медичне обслуговування як цілком задовільний, так як в результаті розвиненої медицини чоловік зміг досягти похилого та старечого віку всупереч наявним у нього захворювань, як правило придбаних у попередніх вікових періодах. Але проблема медичної обґрунтованості лікування хронічних хвороб, насамперед має соціальне значення у зв'язку з його фінансуванням, і тому досі актуальним є твердження А. Комфорта (1951), що «медичне значення дослідження старіння зводиться не стільки до безпосередньої перспективі ефективного втручання в процес старіння, скільки до того, що таке старість, без чого ми не зможемо лікувати пов'язані з нею захворювання або пом'якшити її неприємні сторони». На жаль, в останнє десятиліття XX ст. для України визначальним стало зниження якості медичної допомоги старим людям, необґрунтоване введення плати за медичні послуги, тому в багатьох регіонах країни спостерігається високий рівень захворюваності населення старшого віку і низька частота звернень старих людей у медичні установи. Погіршення умов життя, соціального стану, відсутність впевненості у завтрашньому дні, об'єктивні труднощі охорони здоров'я призводять до збільшення числа випадків несприятливого, хворобливого, патологічного старіння, до зниження медичної активності населення старшого віку, до широкого поширення самолікування.

Характер і обсяг медико-соціальної допомоги старим людям було визначено програмою дій, прийнятої на I Всесвітньої асамблеї ООН з проблем старіння у 1982 р. згідно з цією програмою турбота про літніх людей повинна виходити за межі того, що пов'язано з медичною стороною питання, і припускати забезпечення їх загального добробуту з урахуванням взаємозв'язку фізичних, психічних і соціальних факторів. Зусилля в цій області охорони здоров'я пропонувалося спрямувати на те, щоб дозволити старіючим вести незалежний спосіб життя у своїй сім'ї та суспільстві як можна довше, замість того щоб бути виключеними з усіх областей діяльності товариства. При організації лікувально-профілактичної допомоги літнім і старим людям особливу увагу було рекомендовано приділяти вдосконаленню поза лікарняних форм лікування, тобто посилення геріатричної спрямованості насамперед поліклінічних установ.

В СРСР ще в 50 — 60 роках ХХ ст. основною метою розвивається геріатричної служби було підтримання функціональної та соціальної незалежності літніх і старих людей. Організаційні зусилля були спрямовані на те, щоб реалізувати право старих людей на медичне забезпечення їх потреб у довгостроковому медичному догляді і обслуговуванні в домашніх умовах та в стаціонарах в такій же мірі, як при лікуванні гострих захворювань. В організацію геріатричної служби були покладені такі принципи:

- геріатрична допомога повинна стати складовою частиною загальної системи охорони здоров'я, масової і доступною;
- медична допомога має бути максимально наближена до населення старшого віку;
- дільничний терапевт повинен стати головною фігурою у процесі ведення геріатричних хворих;
- комплекс лікувальних заходів повинен бути спрямований не тільки на лікування, але й на максимальне стимулювання та активізацію рухливості хворого, здатності до самообслуговування;
- визначення конкретних організаційних заходів та обсягу медичної допомоги має здійснюватися диференційовано з урахуванням специфіки обслуговуваного населення.

Через майже 50 років ці принципи організації медичної допомоги літнім і старим людям не втрачають своєї значущості, так само як і постулат, озвучений Д. Ф. Чеботарьовим, про те, що високий рівень медичної допомоги людям похилого невіддільний від рівня соціального обслуговування і вимагає з боку органів охорони здоров'я та соціального забезпечення взаємно координованих зусиль, а лікар, який надає медичну допомогу літньому і старій людині, яка потребує соціальної підтримки, повинен сприяти її організації.

ВСЕБІЧНА ГЕРІАТРИЧНА ОЦІНКА — це мультидисциплінарна оцінка всіх сторін життя літньої людини, в тому числі опис і пояснення проблем і способів їх усунення, визначення потреб в різних геріатричних службах, пошук ресурсів, фінансування планів і програм роботи з літніми людьми, тобто гостра необхідність розгляду літньої людини як цілісного індивіда.

За минулі 20 років сформувалося нове наукове направлення, або наука **ГЕРОНТОЛОГІЧНОГО ДОГЛЯДУ**, то є єдина комплексна система геріатричної і соціальної допомоги літнім і старим людям.

Геронтологічний догляд поєднує в собі три сфери:

- діагностика;
- втручання;

— результати.

ДІАГНОСТИКА — отримання достовірної інформації про індивідуальних, сімейних або общинних реакціях на актуальні або потенційні медико-соціальні проблеми літніх.

ВТРУЧАННЯ — це інформованість літніх людей розвиваються внутрішніх процесах при старінні, про джерела соціальної підтримки; про правильний спосіб життя — пропаганда фізичної активності, правильного харчування в літньому віці, подолання сидячого способу життя; полегшення страждань людей похилого; доповнення втрачених функцій (окуляри, слухові апарати, візки тощо); вплив на навколишнє середовище, у тому числі на соціо-політичні процеси, по можливості стримуючи вплив соціальних, економічних і політичних чинників на функціонування та благополуччя літніх; поліпшення здібностей до самодопомоги шляхом навчання необхідним знанням в області самоспостереження для раннього виявлення захворювання і застосування прийомів самодопомоги.

РЕЗУЛЬТАТИ геронтологічного догляду полягають в успішному управлінні змінами, наступаючими в пізньому періоді життя, емоційному благополуччі, набуття нових навичок і ролей, нових відносин і здібностей, життєвих установок.

Ще в 1955 р. ВООЗ піднімала питання про необхідність зміни служб охорони здоров'я у зв'язку з постарінням населення, привертаючи увагу до реабілітації старих людей, визначаючи мету геронтологічної реабілітації як забезпечення можливості пацієнтам виконувати щоденні обов'язки, відновлення їх становища в сім'ї та суспільстві. ВООЗ підкреслювала, що своєчасна реабілітація може попередити небезпеку настання прискореного старіння, стимулювати втрачені функції, повернути літніх і старих людей до адекватної трудової діяльності.

Реабілітаційні установи бувають двох типів:

— медичного профілю — для попередження інвалідності;

— соціального профілю — для реадaptaції інвалідів у суспільство, роботу, сім'ю.

Основні напрямки геронтологічної реабілітації такі:

— **МЕДИЧНА** включає в себе фізичну (ерготерапії, фізіотерапія та ін.) і медикаментозну реабілітацію.

— **ПСИХОЛОГІЧНА** включає психологічні методи поліпшення емоційного стану і різні види психотерапії.

— **СОЦІАЛЬНА** означає ресоціалізацію, тобто повернення старих людей у суспільство, подолання ізоляції, підвищення соціальної активності, розширення їх соціальних контактів. З цією метою використовуються як формальні допомоги (державні системи соціальної допомоги), так і неформальні джерела (члени сім'ї, друзі, сусіди). Важливою частиною соціальної реабілітації є духовна реабілітація, сенс якої в наданні духовної підтримки літнім.

— **ПРОСВІТНИЦЬКА** — інформування старих людей про процеси, що відбуваються в їх організмі, про можливості самодопомоги і джерела підтримки. Це вплив на літню людину з метою посилення його впевненості у своїх силах на основі набуття нового досвіду та нових ролей. Важлива роль належить засобам масової інформації, які можуть підвищувати освітній рівень літніх людей, інформувати про загальних проблемах, пов'язаних зі старістю, формувати позитивний образ літніх людей у суспільстві.

— **ЕКОНОМІЧНА** — заохочення економічної незалежності літніх і старих людей, надає позитивний вплив на їх психологічний стан. Багато в чому цей вид реабілітації пов'язаний з існуючими в тій чи іншій країні системами соціального обслуговування, пенсійного забезпечення, з організацією охорони здоров'я та соціального захисту.

— ПРОФЕСІЙНА — збереження працездатності, організація системи перенавчання та навчання літніх і старих людей на базі реабілітаційних центрів, надання робочих місць літнім людям, як можна більш широке залучення пенсіонерів в соціально значущу діяльність.

Звичайно, такий поділ на види досить умовно, тому що сам по собі процес реабілітації являє єдність, у якій окремі компоненти взаємопов'язані, взаємозалежні і взаємно доповнюють один одного. Кінцева мета комплексного процесу реабілітації — відновлення незалежності у фізичному, психічному, соціальному, духовному та по можливості у професійному відношенні, досягнення кращої якості життя та добробуту літніх і старих людей.

ВООЗ чітко визначає цілі геронтологічної реабілітації:

— РЕАКТИВАЦІЯ — заохочення старої людини, що знаходиться в пасивному стані, фізично і соціально неактивного до відновлення активного повсякденного життя у своєму середовищі;

— РЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ — це стан, коли старий чоловік після хвороби і/чи під час неї відновлює контакти з родиною, сусідами, друзями і самостійно виходить зі стану ізоляції;

— РЕІНТЕГРАЦІЯ — повернення в суспільство старого людини, від якої очікують участь у нормального життя і посиленої корисної діяльності.

Досі в Україні відсутня єдність у розумінні сутності, цілей і завдань геронтологічної реабілітації. Одні фахівці визначають її як сукупність заходів для прискорення лікувального процесу; Інші — як методи досягнення літніми і старими людьми незалежності в суспільстві; треті розглядають реабілітацію в аспекті розбудови психічного, психологічного та фізичного станів, порушених хворобами.

Геронтологічна реабілітація — це тривалий процес, і вона можлива лише при широкому й тісному співробітництві установ охорони здоров'я та соціального захисту. Вкрай важливим є наявність у кожної старої людини якийсь життєвої мети окрім попередження старечої немочі або бажання прожити довго. Ефективність реабілітаційних заходів в значній мірі залежить від установки самого літньої людини і умов його життя. Індивідуальна повсякденна діяльність має величезне значення в наповненні соціальним сенсом життя в старості. Положення, яке займає людина в старості, його фізичний стан, стабільний спосіб життя або порушення цієї стабільності визначають характер емоційних реакцій на ту допомогу, яку йому може запропонувати суспільство. При сприятливо протікає психічному і фізичному старінні форму і вид соціальної допомоги вибирає сам літня людина. Але у всіх випадках необхідно постійно робити зусилля, щоб підтримувати у свідомості людей похилого перспективу реабілітації та спонукати використовувати для одужання резерви власного організму, а не ставати пасивними учасниками процесу.

Більшість дослідників відзначають, що в Україні на кожні 1000 чоловік населення 94 особи віком 65 — 74 роки та 167 осіб у віці 75 років і старше потребують відновлювальному лікуванні і геронтологічної реабілітації.

Все більше поширення одержує точка зору, що економічно вигідні нестационарні форми геронтологічної реабілітації, центри соціального обслуговування, поза всяким сумнівом, повинні приймати безпосередню участь у цьому процесі. У медичній літературі висловлюється сумнів в успішній реабілітації літніх і старих людей у стационарних умовах в силу:

— недостатній підготовленості лікарів, які здійснюють лікування в лікарнях, у сфері реабілітації або погане знання ними вимог, що пред'являються суспільством;

- відсутність наступності в курсах реабілітації, оскільки різні стадії цього процесу знаходяться у віданні різних медичних і соціальних відомств;
- відсутність жорсткого планування програми реабілітації (наприклад, лише фізична або психічна реабілітація).

У свою чергу відзначається велика складність у здійсненні реабілітації старих людей, так як з віком збільшується відчуженість людини, пасивність, відсутність реальної перспективи поліпшення соматичного здоров'я.

* * *

Починаючи з 1979 р., коли Генеральною асамблеєю ООН (UNGA34/58) була прийнята резолюція, що підтверджує виняткову значущість здоров'я населення як єдиного критерію доцільності та ефективності всіх форм господарювання, ВООЗ поставила перед країнами світового співтовариства завдання перегляду державних політик у сфері охорони здоров'я. Згідно з цими документами, основна відповідальність за здоров'я народу повинна покладатися не на органи охорони здоров'я, а на уряди в цілому. У свою чергу, населення повинно стати учасником процесу поліпшення здоров'я, що передбачало розробку необхідних методологій і технологій, що дозволяють з'ясувати знання і думки людей про своє здоров'я і впливають на нього соціально-економічних і екологічних факторів.

ВОЗ рекомендує в кожній країні з урахуванням своїх соціально-економічних і національно-етнічних особливостей розробити і створити інфраструктуру первинної медичної допомоги та систему контролю за її діяльністю, так і за кінцевим результатом — здоров'ям населення, тобто систему моніторингу здоров'я. Вироблення найбільш прийнятних рішень може здійснюватися тільки при наявності достовірної та повної інформації про літньому населення, яка дозволила б надавати адресну допомогу кожному, хто потребує в ній

Систематичне спостереження на регіональному/ місцевому рівні за існуючими потребами дасть можливість відповідним структурам створити адекватну систему функціонування різних медико-соціальних служб для літніх. Це дозволить, у свою чергу, в перспективі підвищити якість життя населення старших вікових груп, і, отже, велика кількість літніх зможе активно і корисно прожити свою старість. Досвід багатьох країн і ВООЗ вказує на те, що покладатися в дослідженнях необхідно на дані від населення, оскільки тільки від самого населення можна отримати достовірну інформацію.

За висновком Японської медичної асоціації, старим людям потрібні для щастя чотири умови:

- бути здоровими;
- бути економічно незалежними;
- відчувати увагу близьких;
- мати заняття по душі.

На жаль, для України в цьому відношенні прогнози на майбутнє залишаються невтішними: до 2016 р. середня тривалість життя, рівень здоров'я літніх українських громадян будуть нижче середньої тривалості життя та рівня здоров'я їх однолітків в економічно благополучних країнах.

* * *

Необхідність обговорення однієї з наболілих проблем інвалідності в літньому і старечому віці — назріла в останнє п'ятиріччя ХХ ст.

Як відомо, в колишньому СРСР, а потім і в Україні, ставлення до інвалідам і літнім людям було і залишається однаковим, а тому органи охорони здоров'я та соціального захисту ці категорії населення об'єднували, про що свідчать назви стаціонарних установ соціального обслуговування «будинки-інтернат для престарілих та інвалідів», «пансіонат ветеранів праці та інвалідів», Федеральний закон № 122-ФЗ «ПРО соціальному обслуговуванні громадян похилого віку та інвалідів» від 2 серпня 1995 р. До цього часу в українському суспільстві не виявляється навіть натяку на неприйняття такого однозначного підходу до абсолютно різних груп населення як за віковою ознакою, так і за ступенем обмеженості фізичних або психічних можливостей.

Така загальнодержавна позиція могла стати стійкою лише за умови багаторічного сприйняття терміна «інвалід» у дослівному перекладі - «хворий, непрацездатний» (з англійської) або «слабкий, немічний» (з латинської). Дійсно, у свідомості більшості людей інвалідність і старість ототожнюються зі станом постійної хвороби, неможливість всебічно брати участь у суспільному житті, у щоденній залежно від сім'ї або медичного і соціального обслуговування, тобто в широкому сенсі слова від ступеня толерантності (терпимості) соціуму до своїх хворим і безпорадним членам.

Закон «Про соціальний захист інвалідів у Україні» від 24.11.1995 р. № 181-ФЗ визначає інвалідність як «обмеження життєдіяльності — повна або часткова втрата особою здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися і займатися трудовою діяльністю». На перший погляд, закон правильно ототожнює інвалідність у молодому і середньому віці зі старістю, але таке ототожнення є шкідливим як для інвалідів, так і для старих людей, занадто великі відмінності між ними. Причиною інвалідності, що виникає у процесі старіння та у старості, стають, як і в інші періоди життя, хвороби і травми, проте значною мірою це типові для похилого і старечого віку захворювання. Однак найбільша різниця в підходах до старості та інвалідності полягає в переконанні, що кожен коли-небудь стане старим, а травма і хвороба розглядаються як фатальна випадковість.

Поняття «інвалідність» має медичний, юридичний і соціальний аспекти. Встановлення інвалідності передбачає припинення професійно-трудової діяльності чи зміна умов і характеру праці та призначення різних видів державного соціального забезпечення (пенсія, працевлаштування, професійне навчання, протезування та ін), гарантоване законодавством.

Важкість інвалідності може бути різною: від обмеження працездатності в основній професії до повної її втрати у всіх видах професійної діяльності.

Залежно від ступеня втрати або обмеження працездатності встановлено три групи інвалідності.

— 1 група — стійкі та тяжкі порушення функцій організму, при яких хворий втратив повністю, постійно або тривало, працездатність і потребує сторонньої допомоги, догляду або нагляду. При особливо створених умовах інваліди 1-ї групи можуть виконувати деякі види праці.

— 2 група — значно виражені функціональні порушення, які не викликають необхідності постійної сторонньої допомоги. Хворі повністю і тривало непрацездатні, лише в окремих випадках хворим дозволяють працювати в спеціально створених умовах або вдома.

— 3 група — значне зниження працездатності внаслідок хронічних захворювань чи анатомічних дефектів. Хворі потребують значних змін умов праці у своїй професії, і це, як правило, призводить до зниження кваліфікації.

При огляді хворого встановлюється група інвалідності і вказується причина її виникнення. У прямій залежності від соціально біологічних причин законодавство визначає розмір пенсій, обсяг і характер соціальної допомоги.

Інваліди в літньому віці — категорія неоднорідна:

- інваліди від народження і з дитинства, які досягли похилого або старечого віку;
- особи, які стали інвалідами у перед пенсійному віці у зв'язку з травмою або хворобою;
- особи з передчасним патологічним старінням або дуже старі, немічні і хворі.

В СРСР з 1956 р. існувала лікарсько-трудова експертиза (ЛТЕК), яка визначала ступінь втрати професійної працездатності та встановлювала групи інвалідності працездатного населення до пенсійного віку. Соціально-економічні реформи останнього десятиліття в Україні стали причиною заміни ЛТЕК на МСЕ (медико-соціальна експертиза), і досі валідними є Основи законодавства України про охорону здоров'я від 23.07.1993 р. Відповідно до положень цього закону і встановлюється інвалідність в літньому і старечому віці, тобто пенсіонерам за віком, з метою надання пільг щодо забезпечення ліками та медичного обслуговування, а також по ряду інших соціальних пільг з-за важкого економічного становища. У 2000 р. на диспансерному обліку перебувало близько 1 млн 470 тис. літніх учасників ВВВ і 680 тис. інвалідів похилого віку. Всі витрати щодо підтримання здоров'я цих осіб повністю взяла на себе держава.

Проте встановлення інвалідності в літньому і старечому віці з метою вирішити будь-які економічні проблеми має свої негативні сторони. Як виявилось, певна частина представників старшого покоління спрямувала всю свою активність на забезпечення себе різними соціальними пільгами шляхом отримання групи інвалідності. Емпіричні спостереження дають підставу говорити про те, що нерідко та чи інша група інвалідності (в основному 2-я) призначається пенсіонерам по старості, хоча і мають хронічні захворювання, але досить активним і не потребують сторонньої допомоги, більше того, продовжують свою професійну діяльність.

Загальновідомо, що найслабшою ланкою в наданні медичної та соціальної допомоги є взаємодія органів охорони здоров'я та соціального захисту, соціальних працівників з лікарями і медичними сестрами поліклінік. Саме в результаті відсутності ефективності у взаємодії повсюдно виникає ситуація, коли соціальним працівникам доводиться обслуговувати літніх людей, що мають одну і ту ж групу інвалідності, але зовсім різний рівень потреби сторонньої допомоги. Подібного роду ситуації трапляються у всіх вікових групах інвалідів, але найбільш характерні для осіб старшого покоління, так як спочатку група інвалідності, будучи орієнтиром для призначення відповідних соціальних пільг (або грошового еквівалента), не може бути об'єктивним критерієм визначення потреби літньої людини в догляді. Поза всяким сумнівом цей процес потребує вдосконалення і розробки чітких критеріїв потреби населення старшого віку в медичному та соціальному обслуговуванні, особливо в домашніх умовах.

В даний час на перше місце виходить проблема вироблення універсального і єдиного підходу до визначення потреби літніх людей у сторонньому догляді як з боку медичних, так і соціальних служб. Визначення рівня потреби має бути максимально об'єктивним, мати кількісні показники, а не наявність хронічних хвороб, особливо якщо останні не обмежують здатність до самообслуговування і ступінь повсякденної діяльності людини похилого віку.

Питання для самостійної роботи

— Характеристики здоров'я в літньому і старечому віці з позицій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

— Геронтологічний догляд: поняття, зміст і форми реалізації.

— Геронтологічна реабілітація: взаємозв'язок і взаємини медичного і соціального обслуговування населення старшого віку.

Основна література

1. Дементьева Н.Ф., Подкоритов А.с Ст. Медико-соціальна допомога особам похилого та старечого віку. Красноярськ, 2003.

2. Мартиненко А. В. Медико-соціальна робота. М., 1999.

3. Пушкова Е. С. В допомогу організатору геріатричного закладу: Методичні рекомендації. СПб., 1999.

Додаткова література

4. Крупенка М. І. та ін. Проблеми сучасної геронтології. Новосибірськ, 1997.

6. Старість: Популярний довідник. М., 1996.

6. Яцемирская Р. С., Біленька В. Р. Соціальна геронтологія. М., 2003

Література, використана для складання даної лекції

1. Бастрікіна А. В. Деякі аспекти сучасного поніманія інвалідності. Медична та соціальна моделі // Актуальні проблеми догляду за хворими на дому та в стаціонарі і значення патронажних служб у їх вирішенні. М., 2000.

2. Всебічна геріатрична оцінка // Медичний реферативний журнал (МРЖ) «Геронтологія». 1990. №5.

3. Захаров Ст. Л. та ін Нові інформаційні технології — методична основа дослідження здоров'я населення // Вісник РАН. Т. 65, 1. 1995.

4. Здоров'я літніх. Доповідь комісії експертів ВООЗ. М., 1992.

5. Карюхін Е. В. Догляд за людьми похилого віку на дому. М., 1999.

6. Котельников Р. П. та ін Геронтологія та геріатрія: Підручник. М., 1996.

7. Крупенка М. І. та ін. Проблеми сучасної геронтології. Новосибірськ, 1997.

8. Мартышчик С. А. Методика оцінки здоров'я і ефективності медичної допомоги на прикладі добровільного медичного страхування // охорона Здоров'я України. 1998. № 7.

9. Медична реабілітація. 3 т. М.; Перм, 1998.

10. Міжнародна номенклатура порушень, обмежень життєдіяльності та соціальної недостатності. М, 1994.

11. Милентиев А. С. Геріатричні аспекти внутрішніх хвороб. М., 1996.

12. Мінаєв Ст. А. та ін Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Р. 1. СПб., 1998.

13. Пожилые люди в Україні: стан, проблеми, перспективи: Національна доповідь. М., 2002.

14. Проблеми старості: духовні, медичні і соціальні аспекти. М., 2003.

15. Резніков Ц. Р., Федоров Р. Ф., Голева О. П. Смертність на дому: медико-соціальні аспекти. Омськ, 1995.

16. Юр'єв Ст. А., Куценко Р. В. Громадське здоров'я та охорону здоров'я. СПб., 2000.

17. Чайковська Ст. Ст. Дослідження потреб літніх людей у медичної, соціально-побутової та психологічної допомоги // Психологія зрілості і старіння. 2000, осінь.
18. Черносвитов Е. Ст. Соціальна медицина. М., 2000.
19. Шакіна Р. С. До питання про геріатричної реабілітації літніх людей // Літні люди: соціальне становище, проблеми та шляхи їх вирішення: Матеріали регіональної науково-практичної конференції. Чебоксари, 1999.