

# СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРОГИГИЕНА

---

"Проблемы старения и долголетия", 2017, 26, № 1–2. — С. 72–105.

УДК 362.6.002.645:614.1:616-053.9

**В. В. Чайковська, Т. І. Вялих, Д. Р. Чайківська, І. І. Тарабукіна,  
С. В. Москалюк, Н. Г. Еланська, Н. А. Мовчун**

*Державна установа "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова  
НАМН України", 04114 Київ*

## **ДОПОМОГА ВДОМА ОСОБАМ ПОХИЛОГО ВІКУ: ФОРМИ І МЕТОДИ (огляд літератури)**

Соціальне обслуговування на дому літніх людей на сьогоднішній день має змогу використовувати широкий спектр основних і інноваційних форм допомоги, що стало реальним внеском у наближенні соціальних послуг тим, хто їх найбільше потребує. Інноваційні форми застосовують такі технології, в яких переважає бригадний метод соціального обслуговування. Всі форми і методи соціального обслуговування громадян похилого віку на дому дозволяють врахувати індивідуальну потребу громадян похилого віку, а також розширити спектр послуг, що надаються за рахунок залучення до діяльності установ соціального обслуговування, некомерційних і громадських організацій. В цілому, всі розглянуті технології спрямовані на активацію літніх людей, включення їх в суспільне життя. Розуміння вкрай важливих соціальної та гуманістичної складових даної проблеми визначає напрямок подальших досліджень щодо удосконалення надання допомоги на дому літнім людям.

**Ключові слова:** особи у віці, старшому за працездатний, невиліковно хворі, ті, хто потребують стороннього догляду; лікарі, медичні сестри, соціальні працівники, соціальні робітники, представники недержавних організацій, які працюють у сфері надання медико-соціальних послуг.

## 1. Організація допомоги вдома людям похилого віку

Зниження активної трудової діяльності, вихід на пенсію неминує ведуть людину до самотності. Погіршення фізичного і духовного здоров'я викликає фінансові та соціально-побутові труднощі, психологічні проблеми. Літні люди потребують догляду та підтримки [33].

Охорона здоров'я людей похилого віку — це широкий спектр служб і послуг, що включають надання допомоги при гострих і хронічних станах, догляд, амбулаторну допомогу, короткочасну і довготривалу допомогу, соціально орієнтовану персональну допомогу за місцем проживання [10].

Виділяють наступні системи служб для людей похилого віку: інформаційно-освітню, профілактичну, медичну допомогу для амбулаторних і стаціонарних пацієнтів, довгострокову допомогу, допомогу вдома, соціальні стаціонари, служби загальної підтримки [10, 16].

Геріатрична допомога населенню — це система заходів з надання довгострокових медико-соціальних послуг з метою збереження або відновлення здатності до самообслуговування, частково або повністю втраченою внаслідок хронічних захворювань, полегшенню реінтеграції хворих похилого віку у суспільство, а також забезпеченню незалежного існування.

Прогнозовані зміни в розмірах і структурі популяції літніх і старих людей показують, що потреба в довгострокових формах надання допомоги буде зростати. Літні люди в 5 разів частіше мають потребу в послугах довгострокової допомоги, ніж пацієнти інших вікових груп.

Аналіз доступної літератури, присвяченої проблемам геронтологічної довгострокової допомоги, дозволяє виділити три основні типи наданих послуг: медичні, соціальні, медико-соціальні.

Довгострокова допомога визначається як одна або більше наданих послуг для підтримки функціональних здатностей хронічного хворого до досягнення максимально можливого рівня його фізичного, психічного і соціального благополуччя. Такі послуги надаються як вдома, так і в спеціалізованій установі [10, 45].

Одна з цілей довгострокової допомоги — посилити здатність пацієнта до самостійного догляду. Вона включає в себе медичні та соціальні служби, цей вид допомоги надає також послуги реабілітації та підтримки протягом тривалого часу, наскільки це можливо. Довгострокова допомога спрямована на задоволення різних видів повсякденної активності людини похилого віку — приготування їжі, прийом лікарських препаратів, робота вдома та інше.

Найважливіший вид довгострокової допомоги для літніх людей — надання послуг або допомога вдома, яка є складовою частиною системи послуг для літніх за місцем проживання, що включає центри денного перебування, психічного здоров'я, хоспіси та інше. Основні цілі допомоги вдома:

- поліпшення функціонального статусу пацієнта до досягнення повної незалежності і здатності до самообслуговування;
- поліпшення та підтримання функціонального стану пацієнта для забезпечення можливості жити в родині чи отримувати допомогу за місцем проживання;

- забезпечити можливість літній людині залишатися вдома якомога довше.

Допомога вдома як альтернатива довготривалої інституційної допомоги стає цінним ресурсом в місцях проживання людей похилого віку, забезпечуючи їх потреби, особливо тим, хто має функціональні порушення. Організація медичної допомоги вдома — найбільш ефективний і раціональний шлях використання наявних ресурсів системи охорони здоров'я. Переваги даного виду допомоги:

- одужання в домашніх умовах відбувається в більш ранні терміни;
- домашнє середовище проживання більш комфортне, тому що пацієнти відчувають велику відповідальність за свій догляд з боку близьких, ніж в будинках догляду;
- госпітальні пацієнти частіше схилиються до прийому снодійних через порушення сну в умовах лікарняних палат;
- економія часу у зв'язку з відсутністю необхідності відвідувати членів сім'ї, які перебувають у лікарнях;
- вартість допомоги вдома нижче інших видів лікування.

Позитивний вплив сімейного оточення на здоров'я людей похилого віку добре ілюструють такі дані: захворюваність майже у 2 рази менша, ніж у самотніх, смертність більш ніж в 3 рази нижча, середня тривалість життя вища, ніж у самотніх мешканців.

Пацієнтом служби допомоги вдома є людина похилого віку, що має захворювання або функціональне порушення, що обмежує його здатність покидати житло, крім випадків використання тростини, ходунків, милиць, інвалідної коляски, спеціального транспорту.

На думку експертів, літні люди не повинні направлятися в пансіонати догляду, доки зберігаються можливості залишатися вдома. До групи потенційних пацієнтів можна віднести хворих з порушеннями функцій, літніх після госпіталізації, недієздатних і хронічно хворих, пацієнтів з психічними порушеннями, термінальних хворих, осіб, що зловживають алкоголем або психотропними препаратами.

Різноманітні порушення функціонального стану літніх і старих людей — причина необхідності надання комплексної допомоги вдома.

Залежно від індивідуальних потреб літніх всі послуги, що надаються службами допомоги вдома, можна розділити на дві великі групи — 1. Підтримка повсякденної життєдіяльності та 2. Професійні послуги.

Фахівці виділяють також спеціалізовані програми допомоги вдома, наприклад хоспісні. Згідно з авторами [21], програмами надання послуг по догляду вдома займаються Денні центри для людей похилого віку. Основною метою таких центрів є створення безпечного середовища для людей, що знаходяться в ситуації ризику, оскільки більшу частину часу вони проводять на самоті у власному житлі. Основні завдання, які виконують такі центри, стосуються забезпечення спілкування, подолання ізоляції і самотності, допомоги в підтримці відносин з громадськістю, подолання бар'єрів, які ускладнюють можливості взаємодії з іншими людьми та інше.

Професійне навантаження у більшості центрів становить 4–6 одержувачів соціальних послуг на одного члена персоналу, але при визна-

ченні навантаження до уваги береться також тяжкість стану підопічного.

Як правило, в європейських країнах такі центри фінансуються з місцевих бюджетів, пожертвувань і за рахунок оплати послуг самими підопічними. Плата мінімальна і може становити 3–7 євро на місяць, в залежності від часу перебування в Центрі. Окремо може вноситися плата за обід (~1 євро).

Допомога вдома — одна з найбільш поширених моделей надання послуг людям похилого віку та людям з обмеженими фізичними можливостями. Вона передбачає персональний догляд (він надається немедичним працівником) і неважку домашню роботу, яка може включати також приготування їжі за окрему плату. Для отримання цієї послуги необхідно подати заявку і заповнити відповідну форму. Отримавши її, соціальний працівник, відповідальний за роботу з догляду, відвідує заявника на дому і проводить оцінку потреб. Після цього він подає документи на розгляд відповідної ради або комісії, яка приймає рішення про надання такої послуги.

Допомога на дому може бути також короткочасною, коли мова йде про необхідність замінити неформального доглядача через хворобу, відраження, відпустки або інших обставин.

Існують інші поширені послуги надання допомоги вдома, наприклад, послуга з ремонту, яка передбачає залучення електрика, сантехніка, столяра, а також послуга з перевезення вантажів [21]. Ці послуги можуть надаватися як на платній, так і безкоштовній основі, а одержувач послуги оплачує їх вартість безпосередньо майстру, на підставі документа про виконану роботу. Матеріали для ремонту, як правило, оплачуються замовником, але фахівець з ремонту може їх купити самостійно і забезпечити доставку.

Також пропонуються послуги, що передбачають як підбір та встановлення додаткового обладнання або пристосувань, що полегшують функціонування літніх людей, так і навчання щодо їх використання. Це може бути установка поручнів для ванної, туалету, зміна висоти меблів, різноманітні пристосування, які повертають людині можливість бути незалежним у здійсненні повсякденних функцій. Популярними в європейських країнах стають послуги з використанням телефонних мереж, які передбачають установку спеціальних пристроїв, оснащених великою кнопкою, натиснувши на яку абонент може зв'язатися з центром телефонної допомоги.

В Україні наданням послуг вдома займаються в основному територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, як державні установи комунальної власності, і виконують важливий напрямок делегованих повноважень у сфері соціального захисту населення.

Відділення соціальної допомоги вдома, згідно з умовами договору і відповідно до затвердженого графіка, але не менше ніж два рази на тиждень, забезпечує відвідування громадян, яких воно обслуговує, організовує надання передбачених договором послуг, контролює їх якість,

виявляє додаткові потреби, вживає заходів щодо їх задоволення. Разом з представниками закладів охорони здоров'я, житлово-експлуатаційних ділень, головами рад громадськості і громадськими організаціями відділення соціальної допомоги вдома виявляють одиноких непрацездатних громадян та інвалідів; обстежують матеріально-побутові умови проживання, визначають потреби в отриманні соціально-побутової допомоги вдома; удосконалюють форми і методи надання допомоги одиноким непрацездатним громадянам, впроваджують передовий досвід, здійснюють контроль за наданням послуг громадянам [23, 28].

Спектр соціальних послуг для людей похилого віку є досить широким і застосовується для підтримки незалежності отримувача допомоги, а також для попередження погіршення стану його здоров'я (безперервна медична допомога), але крім того може містити послуги реабілітації після госпіталізації (одержувачі допомоги вдома після надання невідкладної допомоги в стаціонарі, у т. ч. ті, хто отримує тимчасову допомогу).

Однією з проблем територіальних центрів, як бюджетних установ, на сьогодні є те, що їх діяльність жорстко регламентується державними нормативними актами, які визначають цільові групи (одинокі громадяни похилого віку та інваліди) та перелік послуг, не менш важливою проблемою є проблема складності в системі підпорядкування, коли важко що-небудь змінити. Інші значущі проблеми в роботі територіальних центрів — це складні умови праці (відсутність транспортного сполучення і віддаленість районів (приватний сектор), багатоповерхівки, в яких не працюють ліфти, доставка важких продуктів харчування, психічні навантаження та. ін.).

Сьогодні багато уваги приділяється інноваційній формі допомоги вдома — паліативній допомозі вдома. Паліативна допомога — це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів та їх сімей, що зіткнулися з проблемами загрозливого для життя захворювання, шляхом запобігання або полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці та лікуванню болі та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної та духовної підтримки пацієнту та його близьким [1, 54]. Форми надання паліативної допомоги пацієнтам різноманітні, вони різні у різних країнах, оскільки в кожній країні розвиток цього напрямку йде за самостійним планом [1, 54]. Проте всі ці форми можна розділити на дві основні групи — це допомога вдома і у стаціонарі [1, 41].

Стаціонарними установами паліативної допомоги є хоспіси, відділення (палати) паліативної допомоги, розташовані на базі лікарень загального профілю, онкологічних диспансерів, а також стаціонарних установ соціального захисту [1, 34]. Допомога вдома здійснюється фахівцями виїзної служби, організованої як самостійна структура або структурним підрозділом стаціонарного закладу [1, 25].

Паліативна допомога має такі цілі: полегшує біль та інші симптоми, що доставляють занепокоєння; стверджує життя і відноситься до вмирання як до природного процесу; не прагне ні прискорити, ні віддалити настання смерті; включає психологічні та духовні аспекти допомоги пацієнтам; пропонує пацієнтам систему підтримки, щоб вони могли

жити наскільки можливо активно до самої смерті; пропонує систему підтримки близьким пацієнта під час його хвороби, а також у період тяжкої втрати; використовує мультидисциплінарний командний підхід для задоволення потреб пацієнтів та їх родичів, у т. ч. в період тяжкої втрати, якщо виникає в цьому необхідність; підвищує якість життя і може також позитивно вплинути на перебіг хвороби. Паліативна допомога на ранніх стадіях захворювання в поєднанні з іншими методами лікування, спрямованими на продовження життя, наприклад з хіміотерапією, радіаційною терапією, високоактивною антиретровірусною терапією (ВААРТ) і включає проведення досліджень з метою кращого розуміння і лікування, клінічних симптомів, які доставляють занепокоєння, і ускладнень [1, 35, 37, 41].

Серед актуальних проблем, що виникають під час надання паліативної та хоспісної допомоги на дому, можна виділити ряд загальних проблем для країн Східної Європи [7]:

- недостатнє визнання, оцінка та підтримка розвитку системи паліативної та хоспісної допомоги з боку уряду, особливо регіональних органів виконавчої влади;
- недостатня доступність опіоїдних анальгетиків для паліативних пацієнтів;
- брак фахівців, які пройшли спеціальну підготовку і відсутність спеціалізації медичного персоналу з паліативної та хоспісної медицини;
- брак обладнання для здійснення паліативного лікування та догляду;
- недостатні можливості для проведення наукових досліджень;
- негативні культурні стереотипи та національні традиції;
- недостатня інформованість населення з питань паліативної та хоспісної допомоги;
- недостатня міжсекторальна співпраця та координація зусиль з розвитку служби паліативної та хоспісної допомоги;
- обмеження фінансування з бюджету і відсутність традицій меценатства та благодійності.

Разом з тим, є й значні зрушення у реформуванні як самої системи охорони здоров'я України, так і конкретно надання паліативної та хоспісної допомоги на дому. Для виконання Закону України "Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві" № 3 612-VI від 07.07.2011 р. було прийнято Наказ МОЗ України "Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я "Хоспіс", виїзної бригади з надання паліативної допомоги "Хоспіс вдома", паліативного відділення" № 768 від 07.11.2011 р. [7]. Наказом МОЗ України № 311 від 25.04.2012 р. було затверджено Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі [7]. Потрібно виділити і Наказ МОЗ України "Про організацію паліативної допомоги в Україні" № 41 від 21.01.2013 р., який містить вперше розроблені основні меди-

ко-юридичні дефініції паліативної та хоспісної допомоги (паліативний пацієнт, паліативне лікування та ін.); порядок надання паліативної допомоги (у т. ч. завдання і організацію надання паліативної та хоспісної допомоги); перелік медичних показань на надання паліативної допомоги та ін. [7].

Незважаючи на всі зусилля держави до вирішення проблем інкурабельних хворих, залишається багато невирішених проблем. Найбільш актуальна — це підготовка кадрів для надання як спеціалізованої, так і неспеціалізованої паліативної допомоги [1, 64]. Поруч з пацієнтами в термінальній стадії захворювання найчастіше виявляються люди не підготовлені, що не володіють спеціальними знаннями і навичками [1, 65]. Пацієнт залишається один на один зі своєю хворобою, боєм. Відсутність кваліфікованого догляду призводить до зниження якості життя хворих [1, 68].

Розглядаючи позитивні сторони надання паліативної допомоги вдома, можна відзначити, що такий вид послуг економічно доцільніший [6, 9]. Це, зокрема, доводить дослідження групи лікарів і вчених, яке проводилося у Каталонії в 1998 р. Згідно з ним, вартість надання стаціонарної паліативної допомоги хворим на рак була на 71 % вище, ніж вартість надання паліативної допомоги вдома [6, 9, 66]. Подібний висновок робить також і група ізраїльських вчених. Після вивчення вартості надання паліативної допомоги вдома і в громадських медичних установах, було встановлено, що вартість у першому випадку в 2,6 рази нижче. Ізраїльські дослідники відзначають, що у середньому вартість догляду за особами похилого віку була ще нижчою [6, 67]. Однією з визначальних причин низької вартості паліативної допомоги вдома є те, що значну допомогу по догляду забезпечують члени сім'ї хворого [6, 60]. Саме тому в багатьох європейських країнах, наприклад, Великобританії, Франції, Польщі значно більше установ, що надають паліативну допомогу вдома [6, 17].

Фінські вчені зупиняються на необхідності співпраці між соціальними працівниками і службами допомоги невиліковно хворим вдома. Соціальні працівники можуть залучатися з метою зменшення рівня депресії і його суїцидальних інтенцій, які можуть виникати як побічний ефект лікування знеболюючими ліками [6, 58].

Як було вже відзначено, однією з головних потреб невиліковно хворої людини є потреба в знеболюванні, тобто позбавленні фізичних страждань. Потреба невиліковно хворих в знеболюванні в Україні задовольняється лише на 10 % [6, 12]. Одним з чинників такого стану є брак доступу українських пацієнтів до адекватного знеболення. Таким чином, контроль болю і забезпечення знеболюючими засобами безпосередньо впливає на якість життя, що стає особливо актуальним у його останній період.

Саме від 2007 р. по 2010 р. Всеукраїнською Асоціацією паліативної допомоги було ініційовано відзначення в Україні Всесвітнього Дня паліативної та хоспісної допомоги, залучення ряду церков і релігійних об'єднань до допомоги невиліковно хворим, розвиток паліативної та

хоспісної допомоги вдома, а також створення Інституту паліативної та хоспісної медицини як головної науково-дослідної та організаційно-методичної установи МОЗ України та кафедри паліативної та хоспісної медицини у Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика [6, 20].

На думку міжнародних дослідників, для нашої країни характерна модель паліативної та хоспісної допомоги, типова для країн з обмеженими ресурсами. Рисами такої моделі є недостатня увага до проблем болю, а також табу щодо тем, пов'язаних зі смертю (і, як наслідок, слабка поінформованість пацієнта про діагноз), та негнучка структура, в якій лікар є головною дійовою особою, яка приймає рішення [6, 69].

2010–2011 рр. позначені активними діями Асоціації паліативної та хоспісної допомоги у зв'язку із забезпеченням доступу громадян до адекватного знеболення, розробкою клінічних протоколів і формуванням надання паліативної та хоспісної допомоги. На базі номенклатури зареєстрованих в Україні ліків анальгетичної дії, створюється перший Формуляр лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги [6, 11].

Ширше залучення фахівців із соціальної роботи, психології та ін., як відомо, сприяє більшій комплексності паліативної допомоги; співпраця з установами, підпорядкованими Міністерству соціальної політики, надає змогу розвинути нові форми надання паліативної допомоги, зокрема, вдома. Така форма соціальної роботи бере початок від 2008 р., коли вперше в Україні (Печерський район м. Києва) було розпочато інноваційну програму розвитку паліативної та хоспісної допомоги вдома на базі територіального центру соціального обслуговування (надання соціальних послуг).

Паліативна допомога вдома містить у собі:

- надання соціально-побутової допомоги вдома соціальним працівником;
- консультації психолога;
- надання медичних консультацій та допомоги (лікарем, медичною сестрою) з залученням лікарів-спеціалістів з районної поліклініки;
- запрошення священика [5, 6].

Звичайно, ще рано говорити про досконале забезпечення соціального захисту людей старшого віку, сюди додається і стрімке старіння населення, і зростання частки самотніх літніх громадян, та зростання захворюваності населення, а також низький рівень доступності та якості необхідних послуг з піклування; фінансовий дефіцит місцевих бюджетів [2].

Слід зауважити, що за час існування такої форми організації соціального захисту літнього населення, як допомога вдома людям похилого віку, можна відзначити про її вдосконалення. Наприклад, було розроблено відповідні програми забезпечення літнього населення як традиційними, так і інноваційними соціальними послугами; вдосконалена система геріатричної допомоги в регіонах (комплекс діагностич-



них, профілактичних, лікувальних, реабілітаційних, опікунських та соціально-побутових послуг); максимально подовжена функціональна і соціальна незалежність населення старших вікових груп, а також підтримання належного рівня та якості їх життя [2].

Крім того, постійно пропагується високоякісна допомога для пацієнтів з онкологічними захворюваннями та іншими прогресуючими неонкологічними захворюваннями; постійно впроваджується паліативна допомога, відповідне лікування та послуги в соціальну політику держави та участь у розвитку політики на національному та міжнародному рівнях з метою поліпшення допомоги наприкінці життя [6].

## **2. Міжнародний досвід організації допомоги вдома людям похилого віку**

У європейських країнах соціальні служби мають належне фінансування, що сприяє розвитку мережі установ (державних і приватних), які можуть надавати послуги на високому рівні. Важливу роль тут відіграє волонтерство [8].

Введення у 1997 р. типових положень про центри та відділення соціальної допомоги вдома, дозволило забезпечити комплексність умов надання послуг на вибір, згідно конкретним обставинам користувачів (вдома, в умовах стаціонарного, тимчасового та денного перебування). У 2007 р. було створено і забезпечено постійне функціонування 743 таких територіальних центрів, якими силами понад 36 тис. соціальних працівників було охоплено приблизно 1 млн людей. Крім державних інституцій, значну частину соціальної допомоги надають громадські, релігійні, благодійні організації [6, 8, 17, 18, 21, 27, 29, 33, 36, 38, 52, 59, 61, 63].

У країнах ЄС інститути для людей похилого віку характеризуються такими особливостями:

- дуже високим рівнем забезпечення людей пенсійного віку, розвиненою мережею приватних установ;
- для власників приватних пансіонатів утримання таких установ економічно вигідно, оскільки перебування там платне. І хоча рівень оплати досить високий, послуги в пансіонатах пенсіонери оплачують самостійно (Німеччина, Бельгія, Франція, Чехія, Латвія, скандинавські країни);
- для пенсіонерів, пенсії яких не вистачає на оплату перебування при пансіонатах, передбачена доплата за рахунок коштів державного бюджету (Бельгія, Німеччина, Чехія);
- розвинена інфраструктура забезпечення дозвілля пенсіонерів;
- дуже поширене волонтерство, коли за людьми похилого віку та хворими доглядають студенти, школярі і пересічні громадяни на безкоштовній основі.

Рада міністрів ЄС виділяє 600 млн євро на проекти створення технологій для належного і комфортного життя людей похилого віку (охорона житла, інтерфейси для людей зі слабким слухом, зором, технологія *MobilAlarm* для визначення місцезнаходження в екстрених випадках, система I2HOME дистанційного керування побутовою технікою та ін.) [59, 61, 63].

Соціальне обслуговування в економічно розвинених країнах давно вже носить індустріальний характер. До 50 % будинків престарілих всіх форм, у т. ч. і обслуговування вдома у підопічного є приватними. Інвестиції в цю галузь вважалися досить прибутковими і, головне, абсолютно надійними, оскільки оплата за перебування пенсіонера в будинках престарілих забезпечувалася їх пенсією, майном, внесками членів сім'ї, але, що більш важливо, у разі вичерпання або відсутності таких активів — державними коштами. Перебування в будинках престарілих розвинених європейських країн оплачується з розрахунку 40–70 тис. доларів на рік (115–170 доларів на день) на одну людину [44].

За кордоном виділяють три ступеня довготривалої допомоги: інституційну, за місцем проживання та вдома. Перша включає реабілітацію в умовах спеціалізованих відділень загальних лікарень, хоспіс, догляд при одужанні. Друга представлена денними стаціонарами (госпіталями) для реабілітації та медичним/соціальним денним доглядом. Амбулаторну допомогу, наприклад, у Чехії отримують лише 4 % людей віком 65 років і старше, у Нідерландах — 10 %, у Великобританії та Швеції — 7 % [61, 69]. Допомога вдома представлена медичним доглядом (хоспіс), а також моніторингом стану пацієнтів [10, 33].

Ці форми геронтологічного догляду широко поширені, наприклад, у США, де 85 % системи охорони здоров'я орієнтоване на розвиток амбулаторної служби і надання допомоги вдома. У 1945 р. на базі лікарні *Montefiore* (штат Нью-Йорк) було створено відділення допомоги вдома. В основу його роботи покладена концепція команди, яка передбачала співробітництво медиків і соціальних працівників [60]. У 1950–60-ті рр. зростала кількість програм допомоги вдома для пацієнтів з функціональними порушеннями і психічних хворих. У 1958 р. на спеціальній конференції були представлені стандарти допомоги вдома. Від 1961 р. надавалися гранти проектам розвитку служб, альтернативних стаціонарної допомоги, 15 % таких проектів передбачали допомогу вдома. Завдяки руху зі створення центрів психічного здоров'я за місцем проживання була сформульована концепція соціальної роботи поза стаціонарами. У 1964–65 рр. нові програми фінансування охорони здоров'я *Medicaid* і *Medicare* сформували поняття довготривалої допомоги для літніх і людей з обмеженими функціональними здатностями. У 1970-ті рр. Допомога вдома забезпечується фінансуванням цих програм [12, 34].

У США простежується тенденція створення умов для проживання престарілих громадян у домашніх умовах. Система нестационарних видів соціальної допомоги надається державними чи приватними організаціями, а також шляхом грошових виплат престарілим для можливості самостійного вибору та придбання соціальних послуг. Існують різні фонди, що забезпечують оплату медичної допомоги, надання дешевого житла, продуктів харчування, транспортних послуг. Поширена система виплат допомоги сім'ям з організації догляду за літніми людьми в домашніх умовах, на ремонт та благоустрій квартир, надання телефону в тимчасове користування [60].

За весь час впровадження допомоги вдома в США скорочувалася кількість ліжко-днів у лікарнях. У будинках по догляду з деяким варіюванням показників знаходиться лише 5% людей старше 65 років, майже чверть з них відзначили своє 85-річчя. Значна більшість літніх людей продовжує жити вдома, де сертифіковані агентства допомоги вдома надають їм професійні послуги.

Про правильність такого підходу свідчить висновок ВООЗ: коли людину похилого віку помістити в будинок-інтернат, відірвати від звичного соціального середовища і зв'язків, то, незважаючи на гарні умови проживання, повноцінне харчування і культурне дозвілля, в середньому він живе на 7–12 років менше.

Також у США відзначається швидкий розвиток мережі спеціалізованих платних центрів для надання соціально-побутової та медичної допомоги пенсіонерам-інвалідам, що страждають тяжкими захворюваннями нервової системи. Відвідувачі таких центрів забезпечені дієтним харчуванням, отримують фізіотерапевтичні процедури, займаються лікувальною гімнастикою, проходять курс трудотерапії, до їх послуг — логопед. Велика увага приділяється організації їхнього дозвілля: екскурсії, танці, спортивні ігри, бесіди, диспути із залученням лікарів, психіатрів, сексопатологів, працює салон краси. За інвалідами спостерігають медичні сестри, які регулярно повідомляють лікарям про динаміку їх стану здоров'я. Перебування в таких центрах дешевше, ніж у стаціонарних установах. Немаловажливим значення надається можливості звільнити родичів інвалідів від необхідності постійного догляду за ними [33].

У Швеції за два десятиліття знизилося число літніх людей, які проживають у будинках по догляду (від 26 до 5%). Кожному громадянину забезпечується однаковість соціальних умов, незалежно від місця проживання.

Конституційний захист знаходить своє вираження у Законі про соціальне забезпечення. Найбільш важливу частину цього закону становить стаття "Право на допомогу". Комітет із соціальних справ зобов'язаний стежити за тим, щоб особи похилого віку могли вести незалежне, активне і наповнене життя. Житло зі зручностями, пристосовані транспортні засоби, сімейна допомога — необхідні складові. Захист літніх ґрунтується на забезпеченні їх матеріальної безпеки. Кожен громадянин має право на базову національну пенсію по старості, незалежно від доходів та участі у трудовому житті. Також може отримувати додаткову пенсію, що обчислюється пропорційно професійному доходу. Закон підкреслює, що медичні послуги мають бути доступні з урахуванням права пацієнта на вільний вибір.

Медичний догляд фінансується за рахунок зборів, стягнутих місцевими радами, доповнених державними дотаціями і загальною системою страхування. Національна служба охорони здоров'я є майже безкоштовною. Незначна оплата стягується за надання медичної консультації поза лікарнею.

Законодавство країни з питань охорони здоров'я включає право людини на отримання інформації про стан здоров'я, необхідних до-

слідженнях та лікуванні; на відмову від лікування; на ознайомлення з історією хвороби; на звернення зі скаргою про грубі порушення з боку персоналу.

Стосовно осіб похилого віку, що втратили самостійність, політика в галузі охорони здоров'я спрямована на максимальну інтеграцію в колектив [59, 61, 63].

У Великобританії державна політика щодо престарілих громадян та інвалідів орієнтована на створення повноцінних умов для проживання в домашніх умовах за рахунок надання нестационарних форм і видів соціального обслуговування. Таку позицію зумовлює недостатній розвиток мережі інтернатів, які не мають змоги надавати повноцінну допомогу через відсутність власної медичної служби, умов інтенсивного медичного та побутового догляду.

Існуючі в країні будинки-інтернати призначені для старих самотніх людей. Догляд за більш активними літніми людьми здійснюють у спеціалізованих поселеннях з групи будинків, квартир або одноповерхових будівель з верандою, де мешканці можуть жити незалежно. Їм надають різного роду зручності, а доглядач, що проживає за місцем служби, у разі необхідності надає термінову допомогу.

Крім персоналу з агентств, добровольці надають ряд послуг: відвідують старих людей на дому, у лікарні, допомагають робити покупки, доглядають за садом, надають транспорт.

Заслужує на увагу досвід створення оптимальних умов для проживання людей похилого віку та інвалідів. У випадках, коли житло перстає відповідати вимогам, місцеві органи влади (громадські організації) можуть переобладнати стару або надати за помірну плату спеціально пристосовану квартиру, оснащену засобами зв'язку. Коли в одному районі зосереджене велике число переобладнаних квартир, територіальні комітети соціальних послуг вводять оплачувану посаду спеціального керуючого житловим фондом, нерідко з медичною освітою.

Велика роль у соціальному захисті престарілих та інвалідів відводиться органам охорони здоров'я, які надають літнім громадянам предмети санітарії та гігієни. Медичні сестри регулярно відвідують їх вдома, надаючи долікарську допомогу, дають поради з профілактики захворювань, дієти, догляду, в т. ч. організують чергування денних або нічних доглядальниць [69].

У Франції розвиток соціально-побутової допомоги престарілим та інвалідам спрямований на створення умов для максимально довгого перебування в домашніх умовах. Найбільшого поширення набули служба "домашніх помічників" (соціально-побутове обслуговування вдома) і сестринський догляд вдома.

Служба "домашніх помічників" призначена для надання літнім людям послуг переважно побутового характеру (придбання продуктів харчування, приготування їжі, утримання житлових приміщень). Фінансується вона за рахунок державного або приватного страхування. Держава може надати організаціям або добровільним об'єднанням фінансову допомогу.

Для престарілих людей, які не в силах обслуговувати себе самостійно, призначена служба надомного сестринського догляду, що включає елементи долікарської медичної допомоги, гігієнічні послуги. За рішенням лікуючого лікаря бригада — медична сестра та її помічник — здійснюють догляд вдома. Сестри виконують лікарські призначення і контролюють роботу помічників, які можуть переодягнути хворого, умити, зробити клізму. Оплата послуг за встановленими розцінками проводиться за рахунок страхування на випадок хвороби.

Обсяг допомоги інвалідам та фінансування не залежать від рівня життя або місця проживання, що ліквідує розрив між медичним та соціальним сектором. Тільки стан здоров'я літньої людини визначає обсяг і ступінь необхідної допомоги з урахуванням його оточення.

У Німеччині традиційно важливу роль у соціальному обслуговуванні престарілих та інвалідів відіграють добровільні об'єднання, церковні благодійні союзи і Німецький Червоний Хрест. В цілому ці організації відносяться до так званих благодійних організацій: вважається, що вони формують перший рівень надання послуг. Решта послуг в основному знаходиться у веденні встановлених законом агентств, включаючи муніципальні "загальні соціальні послуги", які координують роботу на місцевому рівні та надання комплексної соціальної допомоги [59].

Велике поширення в країні отримали центри денного перебування, різні клуби для літніх людей. Кілька років тому почали створюватися відділення для надання престарілим медичної, соціальної допомоги та догляду за хворими в домашніх умовах, які включають в себе служби допомоги у господарських справах [33].

У Німеччині більшість літніх людей, в яких є будь які проблеми зі здоров'ям, живуть вдома (69 %), і дбають про них їхні родичі. Від 1995 р., коли була введена система обов'язкового соціального страхування, ці люди отримують підтримку у вигляді амбулаторної допомоги, а у деяких випадках також користуються послугами служб допомоги вдома. Важливо відзначити, що значна частина витрат покривається страхуванням. Літні люди, на свій розсуд, можуть вибирати або щомісячні готівкові платежі (від 235 до 700 євро) для покриття своїх потреб у догляді, або отримувати переваги у негрошовій формі (від 450 до 1550 євро) у вигляді послуг професійного догляду. Люди також можуть платити ці гроші друзям або родичам, які за ними доглядають.

Система страхування на випадок тривалого догляду в Німеччині несе відповідальність за перевірку якості догляду приблизно в 12 тис. установ по догляді, тоді як реципієнти можуть вибирати, які послуги і де вони хочуть їх отримувати.

Оскільки люди похилого віку (та їх сім'ї) воліють зберігати догляд в домашніх умовах як можна довше, основною проблемою тих, хто за ними доглядає, є відсутність заміни у разі хвороби, потреба у відпочинку (у тому числі на свята), а також відсутність можливості насолодитися вільним часом. Протягом кількох років значно зросла кількість служб, які пропонують тимчасові послуги — "Догляд за заявкою" — у невеликих установах, оснащених і обладнаних відповідно до професійних

стандартів. Хоча користувачі частково оплачують даний вид послуг, вони вельми ними задоволені, як і розробники державної політики у цій сфері.

У системі довготривалого догляду є кілька ступенів обслуговування залежно від типу послуг, ступеня необхідності в них і періоду часу, протягом якого вони надаються [59]:

I ступінь: необхідна допомога з догляду за тілом, прийняттям їжі й пересування (принаймні раз на день), а також допомога по господарству (принаймні кілька разів на тиждень) із загальною середньою тривалістю обслуговування не менше 1,5 години на добу ;

II ступінь: допомога необхідна принаймні тричі на день, а загальна її тривалість становить не менше 3 годин на добу ;

III ступінь: допомога потрібна цілодобово, і загальна її тривалість становить принаймні 5 годин на добу.

Допомога в грошовій формі оплачує домашній догляд, що здійснюється членами сім'ї; розцінки такі: I ступінь — 205 євро; II ступінь — 410 євро; III ступінь — 665 євро (плюс професійна підміна на час відпустки до 1 432 євро на рік). Оплата за професійну амбулаторну допомогу становить 384, 921 і 1432 євро, відповідно. Крім того, члени сім'ї, які здійснюють догляд на дому, безкоштовно навчаються на відповідних курсах, а на час їх відпустки хворому забезпечується короткостроковий догляд.

Німеччина входить до числа чотирьох країн, що мають систему страхування на випадок тривалого догляду. Іншими трьома країнами є Японія, Нідерланди і Республіка Корея. Інші системи тривалого догляду фінансуються з податкових надходжень. У країнах, що не мають такої системи, фінансовий тягар лягає на самих людей, які потребують тривалого догляду, і на їх родини.

Слід зауважити, що незважаючи на те, що система страхування на випадок тривалого догляду в Німеччині отримала міжнародне визнання, її стійкість в майбутньому піддається сумніву. За даними Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) приблизно 20 % населення Німеччини старше 65 років. У 2009 р. 2,24 млн людей були у віці 65 років і старше, а до 2050 р. це число практично подвоїться, досягнувши 4,35 млн людей. За прогнозами, до цього часу Німеччина стане другою після Японії країною ОЕСР, що має найстаріше населення.

Більш того, страхування на випадок тривалого догляду в Німеччині фінансується на основі негайної оплати витрат: внески негайно розподіляються на фінансування догляду. Це означає, що страхові внески мають підвищуватися у міру зростання співвідношення числа реципієнтів до числа нерципієнтів. Деякі пропонують перейти до моделі попередньої оплати, яка дозволила б розширювати фінансування страхування на випадок передбачуваного тривалого догляду в відповідності з його обсягом. Але будь-яку реформу, що тягне за собою підвищення внесків або розширення державного фінансування, дуже важко здійснити.

У Японії тривалість життя після другої світової війни зростає і досягла 74,3 року для чоловіків і 79,8 року для жінок. Літні складають понад 20 % населення. Зміна демографічної ситуації на початку ХХІ століття потребує вдосконалення системи соціального обслуговування літніх людей.

Проблеми медичного обслуговування старіючого суспільства на першому етапі вирішують служби охорони здоров'я на місцевому рівні. Кожній людині, старше 40 років, видають медичну книжку, проводять детальне медичне обстеження, оцінюють стан здоров'я, проводять скринінг на онкологічні захворювання (рак шлунка, матки) та ін. Коли за станом здоров'я людина не може працювати далі, надають медичну допомогу вдома і дають поради з догляду.

Людя у віці 65 років і старше медичну допомогу забезпечують місцеві державні влади і системи страхування.

У Нідерландах, як і в інших країнах, літні люди бажають жити якомога довше у себе в будинку, в звичайному оточенні, в знайомому суспільстві, і муніципальні комітети з оцінки потреб їх у цьому підтримують. Крім того, люди, в яких пенсія більша, згодні самі платити за допомогу по будинку, допоміжні пристосування і перевлаштування будинку. В останні 20 років швидко розвивалися догляд вдома і амбулаторна допомога. До недавнього часу обсяг сестринського догляду за місцем проживання зростає на 4 % на рік. Потім організації догляду вдома стали рентабельніше і при тій же кількості персоналу забезпечували більше людино-годин. З'явилися нові види обслуговування: розвозка обідів по домам; системи сигналізації для престарілих, що живуть вдома; тимчасове поселення (наприклад, коли захворіє співмешканець) після госпіталізації і як тимчасовий захід для відпочинку тих, хто зазвичай доглядає за хворими; денні стаціонари. В Амстердамі, Гронінгені і Утрехті була об'єднана діяльність з надання послуг у будинках престарілих та інвалідів з подібною діяльністю з догляду вдома, що включала, наприклад, переробку будинку та забезпечення персональними допоміжними пристосуваннями, такими як інвалідні крісла [61].

Для здійснення догляду вдома літні люди можуть вибирати медичну сестру з районної організації догляду, знайти кого-небудь самостійно, через знайомих, або звернутися до комерційної фірми. В останньому випадку їм виділяється особистий бюджет, з якого вони оплачують обслуговування. Роздільне проживання та обслуговування — ще одне нове явище в допомозі престарілим. Зростання знань і кваліфікації лікарів загальної практики та організацій догляду вдома, мініатюризація медичного обладнання та пристосування для догляду, все більшого поширення електронної передачі даних і підвищення пристосованості будинків до переробок — усе це дає змогу надавати догляд і медичне обслуговування, як звичайне, так і психогеріатричне. У провінції Утрехт в даний час існує програма догляду за престарілими вдома, що надає ті ж послуги, що і в інтернатах [61].

У Польщі центральною фігурою є не тільки хворий, але й здорова людина, яка, наприклад, потребує освітньо-виховної роботи по фор-

муванню та зміцненню здорового способу життя [33]. Надання реабілітаційної та довготривалої допомоги здійснюється у Польщі як медичним, так і соціальним сектором, проте можливе подальше поліпшення взаємодії між цими секторами. Надання фінансової допомоги членам сімей, які здійснюють догляд вдома і являють собою основне джерело допомоги літнім людям, інвалідам та хворим з хронічними станами, досить обмежено. Мережа установ паліативної допомоги добре розвинена, а спектр наданих послуг широкий. Обмежені фінансові ресурси Національного фонду охорони здоров'я і нестача медичного персоналу негативно впливають на доступ до медичних послуг.

Безперервне зростання числа осіб старше 65 років та інвалідів призвело керівництво охорони здоров'я до пошуку якісних і недорогих форм медичної допомоги для цієї категорії осіб. Почали створювати лікарні сестринського догляду, в яких працюють лише медсестри і допоміжний персонал. Лікар у таких лікарнях (відділеннях) виконує функції консультанта, якого медсестри викликають у разі потреби. Однак більшість населення Польщі обгрунтовано вважає, що літня людина, інвалід краще всього відчуває себе вдома. Тут на допомогу пацієнтові і членам його сім'ї приходять медсестри первинної медико-санітарної допомоги зі спеціалізацією по догляду за хронічними хворими, по паліативному догляду та інше.

У Фінляндії одним з центральних елементів системи соціального захисту є соціальні послуги догляду за дорослими людьми, які дозволяють кожній людині в літньому віці зберігати гідні життєві стандарти, незалежно від розміру доходів, наявності або відсутності родинних зв'язків. Держава розробляє мінімальні національні стандарти, в рамках яких місцева влада уповноважена розробляти конкретні механізми надання соціальних послуг своїм резидентам. На підставі закону про послуги і допомоги німечним людям, муніципалітети у співпраці з недержавним сектором надають кожному, хто потребує професійних послуг, наприклад, медичного догляду вдома, прибирання, транспортні послуги та ін. У кожному третьому випадку послуги призначаються відповідно до індивідуальних потреб клієнта. Люди похилого віку, які мають істотні проблеми зі здоров'ям, мають право на проживання у муніципальних і громадських спеціалізованих будинках, отримуючи всі необхідні послуги з догляду та лікування, а також у приватних установах. Для людей з психічними відхиленнями передбачено такі соціальні послуги — житлові, психологічна і соціальна адаптація, догляд вдома або в спеціалізованих інституціях [43, 58, 63].

У Білорусії Міністерство праці та соціального захисту, а також найчастіше і МОЗ, несуть відповідальність за надання довготривалої допомоги пенсіонерам. Види і обсяг медичної допомоги, необхідні пацієнтам із "соціально значущими" захворюваннями, визначаються МОЗ із залученням будь-яких інших зацікавлених міністерств або агентств.

Питання, пов'язані з організацією довготривалої допомоги інвалідам, відносяться до ведення Міністерства праці та соціального захисту. Пацієнтам, які в цілому здатні жити самостійно, надають допомогу



соціальні працівники; в інших випадках більшість з тих, хто потребує постійного догляду, перебувають або під опікою родичів або проживають у державних будинках-інтернатах.

Сім'ям, де є інваліди, допомогу у догляді за ними надають соціальні працівники. Ці послуги в цілому надаються по лінії Міністерства праці та соціального захисту, але іноді і МОЗ. Підтримку особам, що здійснюють неформальний догляд за хворими, також надають Білоруський Червоний Хрест, деякі неурядові організації, волонтери та парафіяльні групи. Проте в країні відсутня інтегрована система або комплексні служби, що відповідають потребам осіб, які здійснюють неформальний догляд.

Починаючи від 2008 р., МОЗ докладає активні зусилля щодо розвитку системи паліативної допомоги в Білорусії для всіх рівнів системи охорони здоров'я, включаючи соціальних працівників, середній медичний персонал, районних лікарів-онкологів та фахівців з надання паліативної допомоги. У Мінську, Гродно та Могильові функціонують виїзні бригади з надання паліативної допомоги невиліковно хворим пацієнтам з онкологічними захворюваннями, і здійснюється надання даного виду послуг вдома.

У Росії питання догляду за літніми хворими вдома набувають все більшого значення у зв'язку з різними факторами — реструктуризацією системи охорони здоров'я та соціальних служб, періорієнтацією первинної медико-соціальної допомоги населенню у бік амбулаторної ланки, зростанням числа літніх людей [10, 62].

Досвід інших країн, які давно вступили в період старіння населення, свідчить про те, що суспільство в цілому і окремі люди важко адаптуються до підвищення чисельності співгромадян, які перебувають на пенсії. Вже не виняток, але, швидше за все, тенденція — збільшення числа самотньо проживаючих літніх людей.

За проведеними оцінками, в Росії приблизно 5 млн громадян старшого віку можуть потребувати різної допомоги. З їх числа 1,5 млн людей потребують постійної сторонньої допомоги та соціальних послуг внаслідок незадовільного стану здоров'я або похилого віку. Серед них близько 300 тис. осіб, яким необхідні соціально-медичні послуги вдома [38].

Багатьом літнім людям необхідний не тільки адекватний догляд, але й різноманітна допомога для налагодження повноцінного життя (наприклад, облаштування матеріального середовища життєдіяльності, переобладнання житла відповідно до функціональних можливостей літніх людей). Поява все більшої кількості довгожителів, яким необхідний догляд на якісно новому рівні і які при цьому не бажають переселятися в стаціонарні установи соціального обслуговування, призводить до значного зростання навантаження на тих, хто забезпечує догляд вдома за літніми і старими родичами.

Бурхливий розвиток у 80–90-ті роки нестационарних форм соціального обслуговування (вдома, тимчасове проживання в стаціонарі і термінова соціальна допомога) поряд зі стабільним зростанням мережі

стаціонарних установ соціального обслуговування відіграло головну роль у формуванні сучасного типу соціального обслуговування. В теперішній час налічується близько 3 тис. самостійних закладів соціального обслуговування, а також понад 16 тис. різних підрозділів, що надають соціальні послуги людям похилого віку.

Соціальне обслуговування вдома включає соціально-побутові, соціально-медичні, психологічні, правові та інші послуги. Продовжуючи жити у звичних домашніх умовах, соціальні послуги отримують щорічно у відділеннях термінової соціальної допомоги — 12,6 млн чол., а у відділеннях соціального обслуговування вдома — 1,1 млн чол. [40, 42]. Незважаючи на інтенсивний розвиток закладів соціального обслуговування, понад 17 тис. осіб чекають місця в стаціонарних установах. Черга на надомне обслуговування становить близько 80 тис. чол.

Подальшого розвитку має отримати мережа хоспісів, в системі соціального захисту населення вже впроваджується розвиток так званих хоспісів вдома.

Популярна така нова форма поліпшення умов проживання одиноких літніх людей, як соціальна квартира. Загальне число соціальних квартир досягло 2,7 тис. В них проживає 3,9 тис. престарілих громадян. При цьому 1,6 тис. проживаючих у соціальних квартирах обслуговуються відділеннями соціального обслуговування вдома і спеціалізованими відділеннями соціально-медичного обслуговування вдома. Цей напрям соціального обслуговування активно розвивається у Москві (362 квартири), Свердловській області (298), Красноярському краї (202) [38].

Міжнародна практика надання медико-соціальної допомоги, демографічні тенденції дозволяють зробити такі висновки:

- старіння населення, зростання числа людей старше 75 років висувають нові вимоги до системи довгострокового догляду;
- довгостроковий догляд буде вважатися прерогативою жіночого населення;
- час вимагає урізноманітнити стратегію і програми розвитку сестринського догляду;
- процес старіння населення географічно неоднорідний. Зміна характеру міграції людей буде сприяти появі регіонів з переважанням літнього населення і більшою потребою в довгостроковому сестринському догляді;
- майбутні покоління літніх людей будуть краще освічені і більш захищені з фінансової точки зору, ніж сучасне літнє населення;
- спостережувана у світі тенденція до об'єднання сімей з кількома поколіннями під одним дахом навряд чи зможе значно вплинути на обсяги необхідної сестринської допомоги, що надається державою та громадськими інститутами.

### **3. Форми соціального захисту (соціального забезпечення)**

З віком збільшується кількість осіб, які користуються медичною допомогою виключно вдома. Основними причинами, що формують потребу такої допомоги, є фізичні можливості, вік і самотність пацієнта.

Причому сільські жителі значно гірше забезпечені медичною допомогою вдома, ніж міські, відповідно кількість відвідувань їх лікарем в 3,4 рази нижче [39].

У кінці 80-х та напочатку 90-х рр. ХХ століття, коли на фоні прогресуючого старіння населення погіршилося соціально-економічне становище населення, у тому числі і літніх громадян, виникла необхідність у переході від колишньої системи соціального забезпечення до системи соціального захисту населення. Таким чином, в системі соціального захисту населення були створені центри соціального обслуговування, діяльність яких спрямована "на надання соціальних послуг, здійснення соціальної реабілітації та адаптації громадян, які перебувають у важкій життєвій ситуації" [19, 22].

Слід відзначити, що соціальний захист людей похилого віку реалізується за такими основними напрямками [13]:

- соціальне обслуговування,
- соціальне забезпечення,
- піклування,
- допомога.

Саме соціальне обслуговування являє собою діяльність соціальних служб з соціальної підтримки, надання соціально-побутових, соціально-медичних, психолого-педагогічних, соціально-правових послуг і матеріальної допомоги, проведення соціальної адаптації та реабілітації громадян, які перебувають у важкій життєвій ситуації [4].

Формами соціального обслуговування громадян похилого віку та інвалідів є:

- 1) соціальне обслуговування вдома (включаючи соціально-медичне обслуговування), а також реабілітаційні заходи (медичну, психологічну та побутову допомогу [34]);
- 2) напівстаціонарне соціальне обслуговування у відділеннях денного (нічного) перебування установ соціального обслуговування (медична, соціально-побутова та культурна підтримка громадян старшого покоління та інвалідів);
- 3) стаціонарне обслуговування у стаціонарних установах соціального обслуговування (будинках-інтернатах, пансіонатах та інших установах соціального обслуговування незалежно від їх найменування) полягає у наданні медичної, соціальної, лікувально-трудової допомоги громадянам похилого віку та інвалідам, які частково або повністю втратили здатність до самостійного догляду за собою, і тим, хто потребує постійного нагляду за станом здоров'я [13, 46];
- 4) термінове соціальне обслуговування — негайна допомога разового характеру особам похилого віку та інвалідам, які гостро потребують підтримки;
- 5) соціально-консультативна допомога спрямована на адаптацію літніх людей та інвалідів у суспільстві, яка передусім сконцентрована на їх психологічну підтримку та активізацію здатності у вирішенні особистісних проблем (включає в себе виявлення осіб, які потре-

бують підтримки, організацію реабілітаційної профілактики громадянам з різними психічними відхиленнями, надання правової допомоги органами соціального обслуговування, ослаблення соціальної напруженості, створення сприятливих стосунків у сім'ї, а також забезпечення взаємодії особистості, сім'ї, суспільства і держави).

Сучасна система соціального обслуговування також включає в себе сукупність послуг вдома, що надаються громадянам старшого покоління та інвалідам, або в спеціалізованих установах [50, 51]. Суть цієї діяльності полягає, насамперед, у виявленні ресурсів, видів, форм і методів, що надаються; структури установ, що забезпечують допомогу населенню; елементів підсистеми територіальних організацій (державних, муніципальних, громадських, церковних, приватних та ін.); управлінні сформованої громадської підтримки потребуючих [13].

Соціальне забезпечення літніх людей, включає в себе такі елементи: пенсії та різна грошова допомога, утримання престарілих та інвалідів у спеціальних установах органів соціального захисту населення, протезування, пільги, надання допомоги бездомним [48].

Піклування за літніми людьми є одним з найголовніших напрямів у соціальній роботі інститутів соціального захисту населення, яка зосереджена на здійсненні його правових норм, захисту особистих і майнових прав та інтересів [13, 47].

Соціальна допомога спрямована на повне або часткове вирішення соціальних проблем літньої людини відповідними організаціями, установами та фахівцями. Для цього застосовуються такі основні форми:

- 1) надання літнім людям необхідних для них послуг (медичної допомоги, фінансової підтримки, забезпечення продуктами харчування тощо);
- 2) соціальні послуги, що представляють собою особистий інтерес престарілих громадян. Найчастіше, до них відносять соціально-медичну, соціально-побутову, соціально-правову або соціально-психологічну підтримку.

Медична допомога спрямована на спільний курс профілактики старіння медичними засобами та медико-соціальною реабілітацією осіб третього віку. Важливе значення при цьому має не стільки лікування конкретно виявленого захворювання, скільки комплекс заходів, спрямованих на збереження фізичної та психічної активності і довголіття особистості [57].

Психологічна допомога це доскональне дослідження взаємодії соціально-психологічних та індивідуально-психологічних особливостей літніх людей [31]. Видами психологічної адаптації для інвалідів прийнято вважати такі [29]:

- психологічне консультування,
- психологічний тренінг,
- психотерапію,
- психологічну корекцію.

#### **4. Особливості допомоги вдома людям похилого віку (основні та інноваційні форми і методи)**

Відхід від традиційних стаціонарних форм і розвиток надомного обслуговування літніх людей є свідченням мінливих пріоритетів у сфері соціального обслуговування і визначає актуальність інноваційних форм і методів роботи.

На сьогоднішній день найбільш затребуваною і економічно вигідною формою є соціальне обслуговування вдома. Як було відзначено вище, обслуговування здійснюється шляхом надання громадянам, які потребують постійного або тимчасового нестаціонарного соціального обслуговування, частково втратившим здатність до самообслуговування, допомоги вдома у вигляді соціально-побутових, соціально-медичних послуг та іншої допомоги. Це дає можливість літнім людям якомога довше залишатися повноцінними членами суспільства, проживати в домашніх умовах, користуючись для цього необхідними соціальними послугами. З цією метою установами системи соціального захисту збільшується спектр наданих послуг вдома, активно ведеться пошук інноваційних технологій з організації надання соціальних послуг громадян даної категорії.

До числа надомних соціальних послуг, що передбачаються переліком гарантованих державою соціальних послуг, відносяться:

- організація харчування, включаючи доставку продуктів додому;
- допомога в придбанні медикаментів, продовольчих і промислових товарів першої необхідності;
- сприяння в отриманні медичної допомоги, у тому числі супроводження до медичних установ;
- підтримка умов проживання відповідно до гігієнічних вимог;
- сприяння в організації юридичної допомоги та інших правових послуг;
- сприяння в організації ритуальних послуг;
- інші надомні соціальні послуги.

При обслуговуванні громадян похилого віку та інвалідів, які проживають в житлових приміщеннях без центрального опалення та (або) водопостачання, в число надомних соціальних послуг, що передбачаються переліком гарантованих державою соціальних послуг, включається сприяння у забезпеченні паливом і (або) водою.

Виділяються такі основні та інноваційні форми соціального обслуговування:

- відділення соціального обслуговування вдома;
- відділення спеціалізованого соціально-медичного обслуговування вдома;
- відділення "Хоспіс вдома";
- "Санаторій вдома";
- "Служба домашнього візитування",
- "Гімнастика вдома";
- дільнична соціальна служба (виїзне соціальне обслуговування),
- бригадний метод соціального обслуговування вдома;
- прийомна сім'я для літньої людини;

- проект "Тривожна кнопка";
- довічна рента;
- окупаціональна терапія;
- соціальний туризм.

Основна діяльність відділень соціальної допомоги вдома спрямована на максимально можливе продовження перебування громадян у звичному середовищі існування, підтримання їх соціального, психологічного та фізичного статусу, захист їх прав і законних інтересів. Соціально-побутове обслуговування вдома громадян здійснюється шляхом надання їм соціальними працівниками, залежно від ступеня і характеру потреби, соціальних послуг, що входять до територіального переліку гарантованих державою соціальних послуг.

При обслуговуванні вдома соціальний працівник повинен заповнити відсутні соціальні зв'язки і нерідко стає основною, коли не єдиною, людиною, з якою можна щиро побалакати, обговорити питання, що цікавлять. Нерідко сам контакт соціального працівника з літньою людиною має психотерапевтичний підхід, а спрямована бесіда, обговорення наболілих питань мають силу розмовної терапії.

У штаті відділень є психологи, які за необхідності відвідують обслуговуваних вдома з метою надання психологічної допомоги в стресових станах і депресії. Літні люди можуть скористатися консультацією міської цілодобової служби "Телефон довіри".

Специфіка обслуговування літніх людей у сільській місцевості полягає в тому, що населені пункти розкидані, існують проблеми з розвитком інфраструктури. Тому багато проблем селян набули затяжного характеру, істотно знизили адаптаційні можливості і рівень їх життя. Люди в основному живуть у приватних будинках, нерідко без опалення, централізованого водопостачання. Тому не випадково тут ще присутні традиційні форми допомоги та взаємодопомоги, що потребують односельчани. Наприклад, заходи щодо організації культурно-масового дозвілля для сільчан проводяться за місцем проживання. Соціальні працівники збирають обслуговуваних пенсіонерів по 6–8 чоловік на квартирі у кого-небудь з них, щоб відсвяткувати день народження, Великдень, Масляну та ін. Там же організуються і "посиденьки", і клуби за інтересами, що допомагають створити гарний настрій і є ефективним механізмом профілактики соціального відчуження літніх людей [22].

Відділення спеціалізованого соціально-медичного обслуговування вдома призначені для постійного або тимчасового соціально-медичного обслуговування та надання долікарської медичної допомоги в надомних умовах літнім і інвалідам, які втратили здатність до самообслуговування і страждають хронічними захворюваннями. Співробітники спеціалізованих відділень беруть на себе всю тяжкість психологічної підтримки хворих, проводячи з ними психотерапевтичну роботу з метою попередження і лікування депресії, підтримують тісний зв'язок з психологами, лікарями, а також залучають до догляду за хворими їхніх родичів, навчаючи методам догляду за важкохворими, самі беруть активну участь у догляді та лише в крайніх випадках сприяють у влаштуванні клієнта в будинок-інтернат.

Для організації спеціалізованого соціально-медичного обслуговування вдома найчастіше необхідна підготовка спеціалізованих медичних працівників, які повинні мати високу кваліфікацію, конкурентоспроможність, вміння приймати самостійні компетентні рішення, у тому числі в області геріатричної допомоги [3, 24, 32]. Основними завданнями таких фахівців є: знання основних проблем літніх і старих людей, їхніх сімей, особливості сестринської допомоги цій категорії населення; уявлення про процеси старіння й антистаріння, фізіологічні і психологічні особливості похилого та старечого віку; знання особливостей захворювань у осіб похилого та старечого віку, принципів та особливостей фармакотерапії, харчування, рухового режиму, критичних періодів життя літніх людей; вміння здійснювати догляд та консультивання сімей з проблем гігієни, харчування, створення комфортних умов, організації відпочинку літніх і старих людей; володіння методами контролю за здоров'ям літніх і старих людей, вміння надавати їм психологічну допомогу.

Слід відзначити, що літні люди з психічними проблемами не можуть отримувати соціальну допомогу вдома, тому що психічні розлади, відповідно до чинного законодавства, вважаються протипоказанням для взяття на облік в соціальні структури за місцем проживання. Таким чином, у 1998 р. в Києві вперше в Україні створено відділення соціальної допомоги вдома пацієнтам з психічними розладами. В даний час під його патронажем знаходиться понад 3 тис. осіб, їм надають допомогу 102 соціальних працівника. Велика частина підопічних — літні люди [39].

Високий реабілітаційний потенціал мають виїзні та надомні форми обслуговування літніх громадян [40]. Ці форми обслуговування дають можливість громадянам похилого віку проживати в звичних домашніх умовах і, разом з тим, користуватися якісними соціальними послугами. Надомні форми соціального обслуговування представлені широким спектром послуг в рамках індивідуальних програм надання допомоги клієнтам: відділення "Хоспіс на дому", "Санаторій на дому", "Служба домашнього візитування".

Для надання допомоги онкологічним хворим з активними проявами прогресуючих захворювань у термінальних стадіях розвитку з несприятливим прогнозом для життя створено відділення "Хоспіс на дому" [14, 15, 26, 55, 56, 62].

Служба "Хоспіс на дому" зародилася на стику двох організаційних форм медико-соціальної допомоги літнім людям: стаціонарна хоспісна допомога та соціально-медична допомога літнім людям та інвалідам вдома [14, 40]. Відділення обслуговує цілу сім'ю, а не окремого пацієнта, тому що сім'я, потрапляючи у складну життєву ситуацію, сама стає об'єктом соціальної допомоги. Основним завданням хоспісу вдома є надання паліативної допомоги та підтримки сім'ї хворого, комплексне задоволення медичних, соціальних, психологічних і духовних потреб. У відділенні працюють медичні сестри, фахівці з соціальної роботи, санітарки, лікар, добровольці, священник. Очолює організацію медичної допомоги хворим у термінальній стадії захворювання лікар паліативної медицини або лікар-терапевт (лікар-геріатр, лікар-онколог), що має до-

свід роботи у паліативній медицині. Лікар, керуючись ступенем тяжкості стану хворого, розробляє програму спостереження та медичного догляду за хворим, визначає кратність введення знеболюючих засобів, контролює обсяг і якість медичної допомоги, ведення медичної документації. Координує надання медичної допомоги хворим, які знаходяться в термінальній стадії захворювання, медична сестра, яка має ліцензію на введення наркотичних засобів, під керівництвом якої працює молодша медична сестра, що здійснює медичний догляд. Фахівцями установи створюються умови щодо ліквідації та зменшенню вираженості больового синдрому та страху смерті при максимально можливому збереженні свідомості та інтелектуальних здібностей хворого. Забезпечення психологічного комфорту здійснюється на основі принципу індивідуального підходу до кожного хворого з урахуванням його стану, духовних, релігійних та соціальних потреб. Присутність священника є дієвим способом психотерапії для віруючої людини. Духовний характер носять і дружні візити добровольців, знайомих, сусідів, коли вони відносяться із співчуттям й добротою до хворого. Працівникам хоспісу важливо спрямувати всі зусилля на зменшення тривоги хворого, депресії, на профілактику суїциду. Після смерті близької людини члени сім'ї отримують від співробітників соціально-психологічну підтримку та консультації. Спілкування зі скорботними членами сім'ї являє собою соціально-психологічну допомогу в переживанні втрати.

Особливість оздоровчої програми "Санаторій вдома" полягає в тому, що при невеликих фінансових витратах підопічний отримує широкий спектр послуг соціально-медичного характеру, які спрямовані на зміцнення здоров'я, підвищення емоційного тону хворого [40]. В основу цієї форми соціальної підтримки покладено посилене медикаментозне, фізіотерапевтичне лікування та дієтичне харчування в домашніх умовах. Особливо затребувана ця програма у літніх громадян, які не мають можливості з різних причин отримати курс оздоровлення в санаторіях та профілакторіях.

Перед початком курсу реабілітації літні люди обов'язково обстежуються спеціалістами (терапевт, невролог, хірург), їм записують ЕКГ, проводять лабораторні аналізи. Курс реабілітації проводиться попереднім оглядом вдома фізіотерапевтом і медичною сестрою-координатором. Після цього здійснюється курс реабілітації, що полягає в наступних процедурах: ЛФК, масаж, фізіотерапевтичні процедури, медикаментозна терапія. Цей курс проводить спеціально підготовлена медсестра, яка володіє методами фізіотерапевтичного лікування, масажем і лікувальною фізкультурою. Курс лікування становить 10 сеансів вдома. Для виїзду використовується спеціально обладнаний автомобіль. Медикаментозна терапія, що проводиться паралельно, здійснюється дільничною медичною сестрою. Найбільш часті проблеми, які потребують реабілітаційного втручання, це болі в суглобах і хребті, вестибулярні розлади, загальне зниження функціональної активності, знижений емоційний фон. Нова організаційна форма лікувально-реабілітаційної до-



помоги хворим старечого віку "Санаторій вдома" дозволяє знизити вираженість больового синдрому різної локалізації, поліпшити загальну активність і настрій, стабілізувати рівень артеріального тиску, внаслідок контролю медичними працівниками часу і дози прийому препаратів у ході реабілітаційного курсу, поліпшити функціональний та психологічний стан цієї категорії хворих, підвищити доступність медичної допомоги для найбільш вразливої категорії населення [53].

При вирішенні проблем соціально-побутового характеру, самообслуговування, культурно-дозвілєвої діяльності самотніх старих людей важливу роль відіграє "Служба домашнього візитування" [40], завданнями якої є організація клубної роботи ("Умілі руки", "Спогади", "Любителі літератури", "Фотосправа"), зустрічі з колишніми товаришами по службі, поздоровлення зі знаменними датами, реалізація комплексу оздоровчих заходів, спрямованих на профілактику захворювань літніх людей, рішення самих звичайних побутових і гігієнічних питань. У результаті цього, громадяни похилого віку мають можливість отримати моральне задоволення і відчуття власної корисності, зміцнити психологічне та соматичне здоров'я в домашніх умовах.

Заняття фізичними вправами — один з напрямів геріатричної реабілітації. Тому пропонується ще одна форма обслуговування літніх громадян "Гімнастика вдома" [40]. Фізкультурно-оздоровчий комплекс передбачає індивідуальні програми занять гігієнічною гімнастикою, розроблені фахівцем з ЛФК. Важливою функцією гімнастики є профілактика хронічних захворювань, передчасного старіння організму. У результаті, завдяки щоденним 25–30-хвилинним вправам, літня людина не тільки зберігає здоров'я, але і створює умови для активного існування. В даному випадку фізичні вправи розглядаються як дії, в яких виявляється єдність фізичної та психічної діяльності.

Максимальне наближення соціальних послуг маломобільним групам, до числа яких відносяться громадяни похилого віку, дозволяє забезпечити виїзне соціальне обслуговування [40], яке здійснюється фахівцем (групою фахівців) установи за межами постійного місця надання соціальних послуг. У рамках виїзного соціального обслуговування реалізуються такі форми: мобільна соціальна служба і служба соціальних помічників, соціальне таксі, мобільна група термінового реагування та ін. Основним завданням виїзного соціального обслуговування є оперативне надання в найкоротші терміни екстрених, разових соціальних послуг літнім громадянам та інвалідам.

Однією з форм соціального обслуговування вдома є бригадний метод соціального обслуговування вдома громадян похилого віку та інвалідів. Перевага бригадного методу в тому, що розділилися обов'язки між соціальними працівниками у бригаді, що полегшує працю і економить робочий час, збільшилася кількість наданих соціальних послуг, збільшився час спілкування з клієнтами, розширилося коло спілкування клієнтів, підвищилася ступінь задоволеності соціальним обслуговуванням. У бригадах обрані бригадири, на яких були покладені такі обов'язки: координація роботи в бригадах, своєчасна здача звітів про

надання соціальних послуг клієнтам, своєчасна здача грошей, прийнятих від клієнтів за надання їм платних соціальних послуг. Соціальні працівники відзначають, що надання трудомістких соціальних послуг таких як: складання дров у стіс, прибирання сміття у дворі, прибирання снігу у дворі, ремонт печі, вапняна побілка печі, доставка в будинок дров і води, продуктів харчування, прибирання житлового приміщення, сезонна робота в городі займає менше часу і економічніше за трудовими витратами. Відзначають так само підвищення психологічного комфорту при спільній праці.

Прийомна сім'я дозволяє підтримувати традиції родинної турботи про старше покоління, налагодити зв'язок поколінь, підняти статус літніх людей в сім'ї і в суспільстві в цілому [22]. Нова форма соціального обслуговування "Родина для літнього" є одним з варіантів вирішення проблем життєустрою самотніх літніх людей. Також організація прийомних сімей дозволяє підвищити якість життя літніх громадян та інвалідів, зміцнити традиції взаємодопомоги, профілактику соціальної самотності. Літня людина входить в прийомну сім'ю з наміром подолати самотність, отримати необхідний догляд, зберегти відчуття корисності для оточуючих. Створення прийомних сімей дозволяє вирішувати низку соціальних проблем, з якими стикаються громадяни похилого віку. У результаті реалізації даної форми життєустрою літні люди проживають в комфортних умовах, оточені домашнім теплом і турботою.

Ще однією надомної формою, адаптованої до вирішення специфічних проблем літніх пацієнтів, став проект "Тривожна кнопка", що дає змогу літнім людям отримати зв'язок і допомогу в екстрених ситуаціях [18]. За допомогою спеціальної апаратури, встановленої вдома у пацієнта, здійснюється зв'язок з персоналом геріатричної медико-соціальної служби. Апаратура складається з приймального пристрою і передавача у вигляді браслета на руці або кулона на шиї. Пацієнту досить натиснути кнопку передавача і в диспетчерський центр надходить сигнал. Диспетчерський центр "Тривожна кнопка" працює цілодобово для того, щоб пацієнт міг зв'язатися з оператором — кваліфікованою медсестрою, відразу після виникнення проблеми і отримати допомогу. Зв'язок "пацієнт — медсестра" здійснюється по існуючій телефонній мережі. Контакт з пацієнтом встановлюється протягом 10–40 секунд. За допомогою системи гучного зв'язку медична сестра вступає в діалог з пацієнтом, з'ясовує причину виклику. Одночасно, на моніторі комп'ютера з'являються всі необхідні відомості про пацієнта: паспортні дані, адреса, номер телефону. Медичній сестрі належить в найкоротший термін оцінити ситуацію і прийняти рішення про види надання допомоги. Причиною звернення може бути різке погіршення стану здоров'я, стан занепокоєння, необхідність консультації з питань дотримання правил прийому лікарських препаратів відповідно до призначення лікаря, аварійні ситуації в будинку (квартирі), падіння.

Форма соціального обслуговування, заснована на рентних відносинах (довічна рента). Договір довічного утримання (догляду) — це договір, за яким одержувач ренти (громадянин) передає належне йому жит-

лове приміщення у власність міста, а платник ренти (Райвиконком) зобов'язується здійснювати довічне утримання громадянина. Договір довічного утримання укладається з громадянами, що досягли 70-річного віку і не мають людей, які зобов'язані за законом їх утримувати. Аналогічно такі договори можуть укладатися між громадянами і з будинками-інтернатами.

Що стосується двох останніх інноваційних форм соціального обслуговування літніх громадян (окупаціональної терапії і соціального туризму), то їх, звичайно, краще віднести до стаціонарних форм соціального обслуговування, хоча можливий варіант тимчасового перебування літніх людей або відвідування даних закладів соціального обслуговування. Це може послужити підвищенню загальної кількості споживання соціальних послуг, а також у літніх людей з'являється потреба в якісно нових послугах, так як в сучасному світі у громадян похилого віку відбувається поступова переорієнтація від простого доживання до активного включення в суспільне життя, що дає їм можливість розвивати фізичне здоров'я, інтелектуальні здібності, підтримувати психоемоційний та духовний стан в рівновазі.

З метою соціальної реабілітації громадян похилого віку установами системи соціального захисту широко використовуються "кімната окупаціональної терапії", "сенсорна кімната", "кабінет біологічного зворотного зв'язку" [40]. Обладнана спеціальними технічними засобами "кімната окупаціональної терапії" дозволяє людям з обмеженнями здоров'я опанувати навички самообслуговування в побуті з урахуванням характеру захворювання. Зміцненню та розвитку психоемоційної сфери літньої людини сприяє "сенсорна кімната". За допомогою обладнання, яке впливає на органи зору, слуху, нюху, дотику і вестибулярні рецептори, створюється штучне навколишнє середовище, що дозволяє клієнту відчувати себе в приємній, спокійній і безпечній обстановці. Метод біологічного зворотного зв'язку є ефективним засобом оздоровлення, що дозволяє людині побачити і почути роботу органів і систем організму, цілеспрямовано коригувати їх діяльність за допомогою сигналів біологічного зворотного зв'язку.

Усі ці методи роботи з літніми людьми дозволяють включати механізми саморегуляції і цілеспрямовано використовувати функціональні можливості організму. Створення специфічного навколишнього середовища в умовах закладів соціального обслуговування дозволяє оптимізувати реабілітаційний процес. Літні люди успішно справляються з проблемами соціальної та соціально-побутової адаптації, посттравматичними болями, емоційною і м'язовою напругою.

Крім підтримки і розвитку фізичного здоров'я, величезну роль відіграє соціально-культурна реабілітація. Серед технологій соціально-культурної реабілітації літніх людей можна відзначити арт-терапію [40]. Арт-терапія — метод лікування, спрямованого на подолання або компенсацію певного дефекту, за допомогою художньої творчості. Вона і діагностує стан людини і лікує, і приносить глибоке позитивне "відчуття себе". Арт-терапія задовольняє найголовнішу фундаментальну потре-

бу людини у самоактуалізації. Техніки арт-терапії застосовуються при досить широкому спектрі проблем. Це можуть бути психологічні травми, втрати, кризові стани, внутрішні і міжособистісні конфлікти, пост-стресові, невротичні та психосоматичні розлади, екзистенційні та вікові кризи.

Сучасна арт-терапія налічує велику кількість видів методик: бібліотерапію, маскотерапію, казкотерапію, орігамі, драматерапію, музикотерапію, кольоротерапію, відеотерапію, пісочну терапію, ігротерапію та ін. У результаті реалізації даного методу реабілітації усувається апатія і безініціативність, в учасників спостерігається стійка ремісія. Арт-терапія апелює до внутрішніх, самовиліковних ресурсів людини, тісно пов'язаних з його творчими можливостями, дає соціально прийнятний вихід агресивності та іншим негативним почуттям.

У рамках інноваційної діяльності установ системи соціального захисту громадянам похилого віку надається можливість пройти курс соціальної реабілітації за путівочним принципом, так званий соціальний туризм [40]. В рамках даної технології передбачається тимчасове перебування громадян похилого віку, спроможних до самообслуговування, зі збереженим інтелектом, які потребують оздоровлення, соціальної реабілітації та адаптації, що не мають встановлених медичних протипоказань в стаціонарні установи соціального обслуговування. Для успішної реабілітації в установі створені всі умови. Облаштовані комфортабельні спальні приміщення, затишна їдальня, кабінети для прийняття різних медичних процедур, зал для дозвіллевих заходів. Протягом усього періоду перебування відпочиваючі знаходяться в сприятливій, невимушеній обстановці, отримують необхідне медичне, соціально-побутове обслуговування, психологічні консультації, беруть участь у різних дозвіллевих заходах.

Таким чином, соціальне обслуговування вдома осіб похилого віку дозволяє використовувати широкий спектр основних та інноваційних форм надомного обслуговування, що стало реальним внеском у наближення соціальних послуг до тих, хто їх найбільше потребує. На відміну від традиційних форм допомоги вдома, коли один соціальний працівник надає клієнту весь спектр соціальних послуг, інноваційні форми використовують такі технології соціального обслуговування, в яких переважає бригадний метод. Однак слід зауважити, що незалежно від того, які форми і методи були використані при соціальному обслуговуванні літніх громадян вдома, усі вони дозволяють враховувати індивідуальні потреби літніх громадян, а також розширяти спектр надаваних послуг за рахунок залучення до діяльності установ соціального обслуговування некомерційних і громадських організацій. В цілому, всі розглянуті технології спрямовані на активацію осіб похилого віку, включення їх в суспільне життя, продовження їхнього активного життя, уникання їх відчуженості і замкнутості; досягнення максимально можливої якості життя паліативних пацієнтів за допомогою ефективного контролю болю, вирішення психологічних, соціальних чи духовних проблем таких пацієнтів, а також підтримка їхніх родичів на протязі хвороби і після смерті.

Розуміння вкрай важливої соціальної та гуманітарної проблеми, що розглядається, сприяє подальшій роботі з удосконалення надання допомоги вдома особам похилого віку.

### Список використаної літератури

1. *Аймедов К. В., Кривоногова О. В., Костюченко Т. М.* Паллиативная помощь: состояние и перспективы // Вісн. морської медицини. — 2013. — № 4. — С. 6–10.
2. *Бачинська М. В.* Аналіз та прогноз чисельності осіб похилого віку в контексті розвитку гериатричної допомоги населенню регіону // Регіональна економіка. — 2012. — № 4. — С. 129–135.
3. *Белоконь О. В.* Современные проблемы качества жизни пожилых в России // Медсестра. — 2008. — № 10. — С. 10–20.
4. *Васильчиков В. М.* Структура и основные направления развития системы социальной защиты пожилых людей в Российской Федерации [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2005/federation2.htm>
5. *Вольф О. О.* Взаємодія між державними та недержавними організаціями заради розвитку паліативної та хоспісної допомоги у Печерському районі Києва // Вісник НТУУ "КПІ". Політологія. Соціологія. Право: збірник наукових праць. — 2011. — № 1. — С. 109–117.
6. *Вольф О. О.* Роль глобальних, субрегіональних, національних інституцій громадянського суспільства у гуманізації політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні // Вісник НТУУ "КПІ". Політологія. Соціологія. Право: збірник наукових праць. — 2012. — № 1. — С. 94–102.
7. *Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В.* Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти // Наука і практика. — 2014. — № 1. — С. 63–75.
8. *Гесць В. М.* Інститути соціалізації в Україні та країнах ЄС: тенденції розвитку та ключові відмінності // Укр. соціум. — 2011. — № 2. — С. 7–34.
9. *Герасимова Н. С.* Паліативна допомога вдома особам похилого віку // Соц. робота в Україні: теорія і практика. — 2013. — № 3–4. — С. 97–106.
10. *Грачева А. С.* О комплексном подходе к оказанию медицинской и социальной помощи пожилым людям // Вестн. Росздравнадзора, 2011. — № 1. — С. 4–11.
11. *Губський Ю. І., Царенко А. В., Бабійчук О. М., Шевчик А. Л.* Забезпечення належної якості паліативної та хоспісної допомоги шляхом розробки та впровадження стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів // Мат-ли Всеукр. наук.-практ. конф. "Підвищення якості медичної допомоги: наукові засади та практичні результати". (Київ, 22 жовтня 2010 р.). — К., 2010. — С. 30.
12. *Губський Ю. І., Царенко А. В., Скорина О. О.* та ін. Актуальні питання впровадження системи паліативної допомоги та забезпечення прав пацієнтів з обмеженим прогнозом життя в Україні. — Харківська правозахисна група. Право на медичну допомогу в Україні. — Харків: Права людини, 2009. — С. 224–266.
13. *Давыдова О. В., Старостенко А. М.* Теоретические подходы к изучению социальной защиты пожилых людей // Среднерусский вестн. общественных наук. — 2013. — № 4. — С. 35–43.
14. *Дементьева Н. Ф., Золоев Р. Р.* Хосписная помощь пожилым людям на дому и вопросы сотрудничества медицинских и социальных работников // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2005. — № 1. — С. 13–15.

15. Дементьева Н. Ф., Рязанов Д. П., Поднебесная Е. Б. и др. Методика организации службы "Хоспис на дому". — М., 2003. — 31 с.
16. Дементьева Н. Ф., Рязанов Д. П. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому // Мат-лы IX научных чтений МГСУ "Государство и общество: проблемы социальной ответственности". — М.: Изд-во МГСУ "Союз", 2003. — С. 207–209.
17. Європейська асоціація паліативної допомоги (ЄАПД), 2010 р. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.eapcnet.org/download/forPolicy/CountriesRep/ France.pdf>
18. Журавкова Л. В., Шарин С. В. Значение медико-социального отделения "Тревожная кнопка" в Санкт-Петербурге // Клиническая геронтология. — 2005. — № 9. — С. 112–113.
19. Журавська В. Г., Ключник О. І. Довідник організацій із соціального обслуговування та надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги. — Луганськ, 2010. — 241 с.
20. Звіт про діяльність Всеукраїнської ради захисту прав та безпеки пацієнтів та Всеукраїнської Асоціації паліативної допомоги за 2006–2008 рр. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [www.medpravo.org.ua](http://www.medpravo.org.ua)
21. Кабаченко Н. В. Організація надання соціальних послуг людям похилого віку у соціальних службах: міжнародний досвід // Наукові записки НаУКМА: Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота: зб. наук. пр. — 2013. — С. 62–67.
22. Карасёва Т. Е. Формы и методы социальной работы по преодолению и смягчению проблемы одиночества пожилых людей // 2010. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://милосердиеклин.рф/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52:2011-03-15-18-06-39&catid=66:2011-03-15-17-52-06&Itemid=58](http://милосердиеклин.рф/index.php?option=com_content&view=article&id=52:2011-03-15-18-06-39&catid=66:2011-03-15-17-52-06&Itemid=58).
23. Карюхин Э. В. Модели геронтологической помощи на дому // Клиническая геронтология. — 2005. — № 7. — С. 53–59.
24. Каспрук Л. И., Канюхова Ю. В. К вопросу о модернизации сестринского медицинского образования и совершенствовании гериатрической помощи населению Оренбургской области // Вестн. Оренбургского гос. ун-та. — 2014. — № 1. — С. 98–103.
25. Качество жизни. Медико-социальные аспекты: мат-лы науч.-практ. конф. ГАОУ ДПО ПКЦПК РЗ. — Пермь, 2011. — 252 с.
26. Козаченко Н. В., Кунирова Г. Ж. Оказание паллиативной помощи на дому // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2014. — № 3. — С. 9–11.
27. Комлева Е. Б. Проблемы социального обслуживания пожилого населения: социологический аспект // Вестн. ун-та Рос. акад. образования. — 2010. — № 5. — С. 122–124.
28. Комлева Е. Р. Надомное социальное обслуживание как эффективный механизм развития стационарзамещающих форм помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре // Журн. "Социосфера". — 2013. — № 3.
29. Кочемасова Л. А., Лутошина В. И. Анализ деятельности центров социального обслуживания населения по адаптации и реабилитации людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности // Актуал. вопр. Общественных наук: социология, политология, философия, история. — 2014. — № 38. — С. 16–24.
30. Кривобок Ю. В. Теоретичні аспекти визначення мінімального переліку соціальних послуг, гарантованих державою на безоплатній основі особам, які

- перебувають у складних життєвих обставинах. — 2013. [Електронний ресурс] — Режим доступу: [http://cpsr.org.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=274:2013-04-05-05-46-07&catid=46:2013-04-04-06-31-05&Itemid=53](http://cpsr.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=274:2013-04-05-05-46-07&catid=46:2013-04-04-06-31-05&Itemid=53).
31. *Кузнецова М. А., Новак Е. С.* Теория социальной работы. — Волгоград, 2004. — 76 с.
  32. *Мартыненко А. В.* Медико-социальная работа: теория, технология, образование. — М.: Наука, 1999. — 240 с.
  33. *Матвейчик Т. В., Пецевич-Шчэнсна Г. Е., Романова А. П.* Особенности организации помощи пожилым людям за рубежом // *Здравоохранение*. — 2010. — № 7. — С. 24–27.
  34. *Методичні рекомендації щодо впровадження державного стандарту соціальної послуги догляду вдома*. — Львів, Друкарські куншти, 2016. — 79 с.
  35. *Миллющикова В. В., Лопанов П. Н., Полишкис С. А.* Хосписы. — М.: ГРАНТЬ, 2003. — 280 с.
  36. *Организация, формы и методы социальной работы с пожилыми людьми*: [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.socioschool.ru/sschools-594-1.html>
  37. *Паллиативная помощь. Убедительные факты* / под ред. Е. Davies, I. J. Higginson. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2005. — 32 с.
  38. *Петрова О. Н.* Некоторые аспекты социального обслуживания населения (на примере социальных услуг для граждан престарелого возраста) // *Труд и соц. отношения*. — 2014. — № 7. — С. 18–26.
  39. *Пинчук И. Я.* Проблема психического здоровья пожилых людей в Украине // *НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия*. — 2008. — № 2. [Електронний ресурс] — Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-80/Problema-psihicheskogo-zdorovya-pozhilyh-lyudey-v-Ukraine#gsc.tab=0>
  40. *Пономарева М. И.* Инновационные формы и методы социального обслуживания пожилых граждан (из опыта ресурсных учреждений системы социальной защиты Ханты-Мансийского автономного округа — Югры) — Режим доступа: <http://methodcentr.ru/images/cms/menu/043.pdf>
  41. *Проблемы паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций* / Под ред. Г. А. Новикова, В. И. Чиссова, Н. А. Осиповой. — Т. I–II. — М., 2002. — 688 с.
  42. *Психология старости и старения: хрестоматия: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений* / сост. О. В. Краснова, А.Г. Лидерс. — М.: Издательский центр "Академия", 2003. — 416 с.
  43. *Севрюков Д. Г.* Реформування соціальної держави у Фінляндії // *Форум права*. — 2014. — № 2. — С. 373–376.
  44. *Сергиенко В. В., Райхман Е. И.* Новое направление инноваций в Украине // *Актуал. пробл. права: теорія і практика*. — 2013. — № 26. — С. 489–496.
  45. *Сухова Л. С.* Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста. — *Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты*. — М.: Изд-во "Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия", 2003. — С. 93–105.
  46. *Теория социальной работы: Учебник* / Под ред. Е. И. Холостовой. — М.: Юристъ, 2001. — 168 с.
  47. *Фирсов М. В., Студенова Е. Г.* Теория социальной работы: Учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений. — М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2001. — 325 с.
  48. *Ханжина Е. В.* Основы социальной работы: Учеб. пособие — М., 2001. — 27 с.

49. *Хобзей М. К., Губський Ю. І., Ліщишина О. М.* та ін. Контроль болю в онкології. Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. — К., 2011. — 295 с.
50. *Холостова Е. И.* Социальная работа с пожилыми людьми: учеб. пособие. — М., 2002. — 71 с.
51. *Холостова Е. И.* Технология социальной работы: Учеб. для бакалавров. — М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2013. — 478 с.
52. *Чикарина Л. Я.* Новые технологии социального обслуживания пожилых людей // Мат-лы IX науч. чтений МГСУ "Государство и общество: проблемы социальной ответственности". — Изд-во МГСУ "Союз", 2003. — С. 196–198.
53. *Шибанова И. А., Сумина Л. Ю., Галеева Е. В., Конанкова В. А.* "Санаторий на дому" — новый метод лечебно-реабилитационной помощи больным старших возрастных групп // Клиническая геронтология. — 2010. — № 9–10. — С. 89.
54. *Эккерт Н. В.* Паллиативная помощь в Российской Федерации: состояние и перспективы развития. — М., 2010. — 344 с.
55. *Эккерт Н. В., Игнатенко Е. А., Рудакова С. А., Баскакова Н. А.* Хоспис на дому — оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи // Экономика здравоохранения. — 2009. — № 7. — С. 15–20.
56. *Эккерт Н. В., Новиков Г. А., Хетагурова А. К., Шарафутдинов М. Г.* Методические рекомендации по организации паллиативной помощи. — М., 2008. — 58 с.
57. *Яцемирская Р. С., Беленькая И. Г.* Социальная геронтология. — М., 2003. — 60 с.
58. *Aho H., Kauppi T., Haanpää M.* Patients referred from a multidisciplinary pain clinic to the social worker, their socio-demographic profile and the contribution of the social worker to the management of the patients // Scand. J. Pain. — 2010. — 1, № 4. — P. 213–219.
59. *Busse R., Riesberg A.* Health care systems in transition: Germany // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. — 232 p.
60. *Harrison J. P., Ford D. A.* Comprehensive community-based model for hospice care // Am. J. Hosp. Palliat. Care. — 2007. — 24, № 2. — P. 119–125.
61. *Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R.* Health care systems in transition: Netherlands // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. — 141 p.
62. *Higginson I., Sen-Gupta G. J. A.* Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences / I. Higginson // J. Palliative Med. — 2000. — 3. — P. 287–300.
63. *Johansson E.* The long-term care system for the elderly in Finland // ENEPRI.— 2010. — Research Report № 76. — 9 p.
64. *Naber D.* A self-rating to measure subjective effects of neuroleptic drugs, relationships to objective psychopathology, quality of life, compliance and other clinical variables // Int. Clin. Psychopharmacol. — 1995. — 10, Suppl. 3. — P. 133–138.
65. *Oliver J., Huxley P., Dridges K., Mohamad H.* Quality of life and mental health services. — London—New York, 1996. — 310 p.
66. *Serra-Prat M., Picaza J. M.* Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia // Palliative Med. — 2001. — 15, № 4. — P. 271–278.
67. *Shnoor Y., Szlaifer M., Aoberman A. S., Bentur N.* The cost of home hospice care for terminal patients in Israel // Am. J. Hosp. Palliat. Care. — 2007. — 24, № 4. — P. 284–290.



68. *Sullivan G., Wells K. B., Leake B.* Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population // *Hosp. Commun. Psychiatry.* — 1992. — **43**, № 8. — P. 794–798.
69. *Wright M.* Models of hospice and palliative care in resource poor countries: issues and opportunities. — London: Help the Hospices, 2003. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.hawaii.edu/hivandaids/Models\\_of\\_Hospice\\_and\\_Palliative\\_Care\\_in\\_Resource\\_Poor\\_Countries\\_Issues\\_and\\_Opportunities.pdf](http://www.hawaii.edu/hivandaids/Models_of_Hospice_and_Palliative_Care_in_Resource_Poor_Countries_Issues_and_Opportunities.pdf).

Надійшла 20.04.2017

**ПОМОЩЬ НА ДОМУ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:  
ФОРМЫ И МЕТОДЫ  
(обзор литературы)**

**В. В. Чайковская, Т. И. Вялых, Д. Р. Чайковская,  
И. И. Тарабукина, С. В. Москалюк, Н. Г. Еланская,  
Н. А. Мовчун**

Государственное учреждение "Институт геронтологии  
им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", 04114 Киев

Социальное обслуживание на дому пожилых людей на сегодняшний день позволяет использовать широкий спектр основных и инновационных форм помощи, что стало реальным вкладом в приближении социальных услуг тем, кто в них нуждается больше всего. Инновационные формы применяют такие технологии, в которых преобладает бригадный метод социального обслуживания. Все формы и методы социального обслуживания пожилых граждан на дому позволяют учесть индивидуальную потребность пожилых граждан, а также расширить спектр предоставляемых услуг за счет привлечения к деятельности учреждений социального обслуживания некоммерческих и общественных организаций. В целом, все рассмотренные технологии направлены на активацию пожилых людей, включение их в общественную жизнь. Понимание крайне важных социальной и гуманистической составляющих рассматриваемой проблемы определяет направление дальнейших исследований по совершенствованию оказания помощи на дому пожилым людям.

**HOME CARE FOR THE ELDERLY: FORMS AND METHODS  
(review of literature)**

**V. V. Chaikovskaia, T. I. Vialykh, D. R. Chaikovskaia,  
I. I. Tarabukina, S. V. Moskaliuk, N. G. Elanskaia,  
N. A. Movchun**

State institution "D. F. Chebotarev Institute of Gerontology  
NAMS Ukraine", 04114 Kyiv

Social home care for the elderly today allows to use a wide range of basic and innovative forms of assistance, which has become a real contribution to approaching social services to those who need them most. Innovative forms stipulate such technologies, in which command method of social service prevails. All forms and methods of social services for elderly citizens at home allow to take into account the individual needs of them, as well as to expand the range of services provided by attracting non-profit and public organizations to the activities of social service institutions. In general, all the technologies considered are aimed at the activation of older people, their inclusion in public life. Understanding the extremely important social and humanistic components of the problem under consideration determines the direction of further research on improving the provision of home care to older people.

**Відомості про авторів**

***Лабораторія соціальної геронтології***

В. В. Чайковська — зав. лабораторії, д.м.н., професор (chaikovska53@ukr.net)

Т. І. Вялих — с.н.с.

І. І. Тарабукіна — с.н.с.

Н. Г. Еланська — м.н.с.

С. В. Москалюк — м.н.с.

Д. Р. Чайківська — м.н.с.

Н. А. Мовчун — н.с.