

УДК 616.89

Д. Чайківська

**ДОМАШНЯ ОПІКА В УКРАЇНІ. ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ПЕРСОНАЛУ ПО ДОГЛЯДУ  
ЗА ОСОБАМИ ПОХИЛОГО ВІКУ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ**

«Шпиталь імені митрополита Андрея Шептицького»

Частка літніх людей у загальній чисельності населення Європи є найбільшою в світі. Вісімнадцять із двадцяти країн світу з найбільшою кількістю літніх людей знаходяться в Європі. Некоректно прирівнювати вік до хвороби, проте фактом є те, що в старості прогресує зростає кількість захворювань і, як наслідок, збільшується потреба в лікуванні та догляді. Демографічний розвиток і тривала міграція молодих людей із країн Східної Європи і Центральної Азії призводять до зростаючої потреби у догляді за літніми людьми та їх забезпеченні. Потреба в догляді посилюється в східно-європейських країнах через недосконале медичне страхування (або його відсутність), а для бідних людей часто – через недоступність медичного обслуговування. Відсутні пропозиції по забезпеченню хворого вдома необхідним лікуванням, реабілітацією та доглядом. Доступ до медичного забезпечення є правом, записаним у статуті основних прав Європейського Союзу, що захищають людську гідність. Право людини на медичне забезпечення гарантовано в конституціях більшості держав. Однак реально доступ до охорони здоров'я, рівний для всіх громадян, не завжди реалізується. Навіть у тому випадку, коли лікарська допомога законодавчо закріплена, це не означає, що за необхідності нею можна скористатися. Необхідну діагностику і послуги з проведення лікування у більшості випадків можна отримати тільки за додаткову оплату, що, в свою чергу, неможливо через обмежений дохід або пенсію. Догляд за хворими вдома не може компенсувати відсутнє медичне забезпечення. МБФ «Карітас України» з 1999 року почав імплементувати в Україні модель Домашньої опіки за особами похилого віку, хворими та немічними. Основною цільовою групою є самотні старенькі люди, що потребують стороннього догляду.

Перші кроки впровадження програми показали недосконалість підготовки фахівців по догляді. Спеціалізації доглядальника, фахівця, який умів би надавати не тільки кваліфіковану медичну та соціальну допомогу, але і здійснювати догляд за тілом, шкірою і знався на особливостях психологічного стану хворих та старих людей, досі в Україні не готують.

Особливості догляду за особами похилого віку з ознаками старечої деменції, хвороби Альцгеймера, інших порушеннях психіки також стали одними із проблемних питань у організації допомоги особам цієї категорії вдома.

Під час догляду за пацієнтом похилого чи старечого віку, потрібно брати до уваги фізіологічні та біологічні зміни, які зазвичай пов'язані із старінням. Особа такого віку може мати одне або більше хронічних захворювань, які ускладнюють догляд за нею.

Соціально-економічний та психологічний фактори, зокрема самотність, збільшення потреби в опіці з боку рідних, нові вимоги до харчування, нестача грошей для купівлі корисних продуктів харчування – все це негативно впливає на стан здоров'я людини похилого віку та його психічний стан.

Пацієнт похилого віку може мати неправильне уявлення про стан свого здоров'я. Старіючи, люди можуть присвячувати йому надмірну увагу або ігнорувати його. Пацієнт може не звертати увагу на серйозні проблеми, оскільки не хоче, щоб його побоювання справдилися. Якщо пацієнт серйозно хворий, то під час розпитування про історію хвороби він може здогадуватися про важкість свого стану.

Оцінка самостійності пацієнта у повсякденному житті, виконанні ЦВД, підтверджена інструментальними методами дослідження, необхідна для упевненості, що догляд за ним є корисним і належним.

Параметри функціонального стану пацієнта допомагають визначити відповідний реабілітаційний курс і зрозуміти його потреби у спеціальному обслуговуванні, а також у трудотерапії. Для визначення ЦВД належить оцінити функціональну самостійність пацієнта під час купання, одягання, відвідування туалету, переміщення та споживання їжі. Для визначення рівня інструментальної ЦВД потрібно оцінити такі функції, як приготування їжі, прання, використання транспорту, вживання медикаментів і здійснення фінансових розрахунків.

До типових психологічних проблем пацієнтів похилого віку належать: деменція, делірії, депресія, похмурість, зловживання різними речовинами, параноя і тривожність.

Деменція, розумова неповноцінність – це незворотний розумовий стан, для якого характерні зменшення когнітивних функцій, погіршення пам'яті, зміни особистості, порушенням раціонального мислення. Найпоширенішою причиною розумової неповноцінності є хвороба Альцгеймера. До інших чинників належать: післяінсультна деменція, хвороби Піка, Кройтцфельдта-Якоба, Бінсвангера і СНІД.

Делірій, або гостра дезорієнтація спричинює інтелектуальну недостатність, порушення вимови, розгубленість, дезорієнтацію, порушення пам'яті. Пацієнт може мати галюцинації, ілюзії, зміни у рівнях моторної активності. Стан делірію може бути наслідком поганого харчування, інтоксикації ліками, порушення водно-електролітної рівноваги, інфекції, гіпоксії мозку, депресії, ізоляції чи впливу довкілля. Делірій часом буває передсмертним станом. Якщо його виявити на ранній стадії та правильно лікувати, пацієнта можна вивести з такого стану.

Депресія часто трапляється в осіб похилого віку і здебільшого вона є незначною або взагалі непомітною. Депресія може виявлятися через зміни в поведінці (апатія, інертність), у процесах мислення (розгубленість, дезорієнтування, порушення раціонального мислення) або соматичні порушення (втрата апетиту, закреп чи безсоння). В осіб старечого віку депресія часто нагадує хворобу Альцгеймера.

Пацієнти похилого віку часто страждають від втрати роботи, прибутків, друзів, сім'ї чи навіть власного дому. Такі обставини спричиняють стрес, який має психологічні та фізіологічні наслідки. Він може призвести до патологічної больової реакції, що набирає форми захворювання. Іноді самотність, зловживання алкоголем, звільнення з роботи, втрата здоров'я, смерть близької людини можуть спонукати особу похилого віку до самогубства.

Серед пацієнтів похилого віку часом трапляються зловживання різними речовинами, які у відповідь на великі життєві зміни і важкі стреси, призводять до спроби самогубства. Якщо пацієнт вживає велику кількість медикаментів або якщо він має симптоми зловживання алкоголем, зокрема жовтяницю і тремор, з'ясуйте, чи не було в нього роздумів про самогубство.

У пацієнтів із параноєю ми намагаємося з'ясувати, що стало причиною цього захворювання. Параноя часто з'являється внаслідок втрати сенсорних функцій (які можна частково відновити за допомогою окулярів та слухового апарату), психологічних проблем, реального страху перед нападом чи пограбуванням.

До симптомів параної належать: виражене відчуття самотності і страху, непередбачувана поведінка, недовіра до інших, відчуття переслідування.

Процес пристосування до фізичних, емоційних, соціально-економічних змін може призвести у пацієнтів похилого віку до гострої стривоженості, яка часом набуває форм розгубленості і дезорієнтації.

Ризик поранення пов'язаний із зміною церебральних функцій, зниженням рухливості, послабленням чутливості, небезпечним довкіллям.

Необхідність спеціальних знань у персонала, що здійснює догляд за особами з когнітивними порушеннями є очевидною. Тому система підвищення кваліфікації повинна бути значно підсилена саме такими знаннями і навичками догляду не тільки для працівників із медичною освітою, але і для соціальних працівників і членів родин, які самостійно здійснюють догляд за хворими вдома.