

**Заклад вищої освіти**  
**«УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

Факультет наук про здоров'я  
Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Магістерська робота на тему:  
**Порівняльне оцінювання превентивної ерготерапевтичної допомоги  
особам літнього віку в Україні та Франції**

Виконала:  
студентка 6 курсу, групи ЗФТ19/М  
Спеціальності фізична терапія, ерготерапія  
Боднаренко Ірина Іванівна

**Науковий керівник:**  
К.н.з фіз. вих. та спорту  
Білянський Олег Юрійович

Роботу рекомендовано до захисту на  
засіданні кафедри фізичної терапії та  
ерготерапії

Протокол № від «\_\_» травня 2021 р.

Зав. кафедри \_\_\_\_\_

Львів 2021

## Зміст

Перелік умовних скорочень.....	3
Вступ.....	4
Розділ 1. Роль ерготерапії у попередженні падіння та її превентивні можливості для запобігання залежності при хворобі Альцгеймера.....	12
1.1 Адаптація французького суспільства до зростання кількості старіючих людей.....	12
1. 2 Роль ерготерапії у попередженні падіння.....	23
1.3 Національні плани боротьби з хворобі Альцгеймера. Компетенції ерготерапевтів та їх присутність у командах, що попереджають фізичний та когнітивний занепад.....	30
1. 4 Від теоретичних викладів української геронтології до щоденного життя та браку ресурсів для літніх людей.....	39
1. 5 Опис законодавчих документів, що дають нові можливості для піклування про здоров'я літніх людей в Україні.....	44
2. Методи та організація дослідження .....	47
3. Розробка пам'ятки для лікарів ЗПСЛ котрі мали би констатувати потребу пацієнта у реабілітаційних послугах соціального чи медичного характеру.	
3. 1 Аналіз опитування цільових груп.....	49
3. 2 Превентивні завдання у роботі сімейного лікаря та її делегування в умовах реформи.....	55
Висновки.....	63
Список використаної літератури.....	65
Додатки.....	68

## Список умовних скорочень

**ADI(Alzheimer's Disease International)** – міжнародна організація, що лобіює права людей з хворобою Альцгеймера

**APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)** – державна фінансова допомога, що надається у разі втрати автономії у Франції

**АТ** – артеріальний тиск

**ВООЗ** – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

**Лікарі ЗПСЛ** - лікарі загальної практики - сімейні лікарі

**EPAD( Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)** – заклади для літніх людей з залежністю у Франції

**HAD(hospitalisation a domicile)** – госпіталізація вдома

**HAS(Haute autorite de la Sante)** – Національна служба здоров'я Франції

**МОЗ** – Міністерство охорони здоров'я

**SSR(soin de suite et de readaptation)** – відділення догляду та реадптації

**ФР** – фактори ризику

**ХА** – хвороба Альцгеймера

## Вступ

**Актуальність.** За визначенням ВООЗ, людину відносять до категорії "літніх людей" з 60 до 74 років[1].

Функціональний стан рухової сфери у 60-річному віці потребує підтримки гнучкості, витривалості, силових якостей та когнітивної діяльності аби відсунути поріг патологічних процесів, таких як залежність, деменція та виникнення поліпатологій.

Питаннями адаптації до старіння займається ерготерапія, котра є галуззю реабілітації, як медичної так і соціальної.

Ерготерапія є інтегративною галуззю медицини, педагогіки, психології та різноманітних занять, котрі здатна практикувати людська істота. Важливо, щоб ці заняття мали терапевтичну спрямованість та приносили передбачуваний результат.

У Франції ерготерапевти є членами команд, котрі працюють на попередження когнітивного занепаду, пов'язаного з хворобою Альцгеймера.

Перший План боротьби з ХА на 2004-2007 роки був опублікований та оголошений спільно міністром охорони здоров'я та державним секретарем у справах людей похилого віку 21 вересня 2004 року. Тоді деменція Альцгеймера та пов'язані з нею хвороби були визначені як "основна проблема охорони здоров'я" нарівні з раком у Франції, як і в інших європейських країнах, Канаді та США. Для запуску "плану Альцгеймера 2008-2012" 1

лютого 2008 р. Президент республіки урочисто підтвердив, що "ця боротьба повинна відбуватися в цілій Європі". Цей план включав три ключові слова: охорона Здоров'я (покращення якості життя пацієнтів) , Дослідження (краще розуміння хвороби) та Солідарність (боротьба з соціальною ізоляцією хворих).

Оскільки хвороба Альцгеймера (ХА) є найбільш поширеною причиною деменції (40 - 70% у людей похилого віку) і лікування цього захворювання не завжди буває достатньо ефективним, то вагомим чинником залишається його профілактика та належне інформування населення щодо ризиків виникнення ХА, а також спонукання до зміни існуючого способу життя.

З рапорту ADI 2019[2], в якому взяло участь 70 000 респондентів із 155 країн:

- 95% опитаних думають, що матимуть деменцію протягом свого життя
- 1 особа з 4 вважає, що на появу деменції ніяк не можна вплинути
- 2 із 3 опитаних думають, що деменція є частиною процесу нормального старіння
- 62% працівників охорони здоров'я вважають, що деменція є частиною процесу нормального старіння.

У нашій роботі ми хочемо описати структури та різноманітні підходи до реалізації превентивних програм, спираючись на огляд літератури та інші методи, обрані для дослідження. Одночасно оцінимо роль, яку відіграють міждисциплінарні контакти для реалізації превентивних програм в Україні та Франції. В Україні ще не набуто широкого досвіду превентивної роботи в ерготерапії. Це пояснюється рядом причин, однією з яких є мале коло міждисциплінарного спілкування.

Тому є актуальним надати більше інформації лікарям сімейної практики

про можливість співпраці з ерготерапевтом при потребі превентивного втручання, базуючись на досвіді французьких колег.

Ерготерапевт консультує літніх людей у період виходу на пенсію щодо структурування часу та простору, котре давало би їм відчуття задоволення від їх нової ролі.

Ерготерапевт оцінює рівень автономності і потребу в супроводі людей з дегенеративними хворобами зору чи з остеопорозом чи з початками деменції, щоб максимально спростити їх щоденні функції (зручність приготування їжі, прибирання, організацію свого робочого місця чи планування бюджету).

Ерготерапевт оцінює ризики падіння та консультує з приводу того як облаштувати кухню, ванну кімнату чи туалет, щоб запобігти нещасному випадку вдома. Він адаптує своє пояснення для кожного пацієнта, щоб воно було зрозумілим та робить акцент на важливих моментах, котрі можуть бути причиною падіння. Особливо звертається увага на зір та освітлення, на біль та прийом медикаментів, на емоційно-вольову сферу (чи не має пацієнт депресії, чи не пережив останнім часом травмуючої події).

Падіння визнається проблемою охорони здоров'я, а останнім часом - також незалежним маркером вразливості. Це пов'язано зі збільшенням захворюваності та смертності, що не лише пояснюється наслідками інциденту, але і робить його повноцінним геріатричним синдромом.

Кілька досліджень продемонстрували ефективність багатofакторних та цілеспрямованих втручань для поліпшення ходьби та зменшення ризику падінь. Це передбачає складання програми фізичних вправ, перегляд ліків пацієнта та адаптацію його житла [3].

Ерготерапевт навчає таких пацієнтів як адаптувати свої повсякденні звички. та особистий спосіб життя, щоб оптимізувати функціональні

здібності та якість життя, пов'язану зі здоров'ям.

Виконуючи різні за характером професійні завдання, люди отримують різні функціональні напруження, що завжди відстежується у процесі ерготерапії.

Клієнтоцентричність та індивідуальний підхід є базовими поняттями у роботі ерготерапевта, котрі охоплюють філософію поваги та партнерства з людьми, що користуються нашими послугами.

Питання, на які ми старалися відповісти у процесі нашого дослідження:

- Якого медико-соціального супроводу потребують літні люди?
- Як координується діяльність лікаря та ерготерапевта?
- Хто надає допомогу в реалізації превентивних заходів (держустанови, інші інституції, виключно сім'я)?
- Як виглядає ця допомога (фінансова, надання послуг тренера, ерготерапевта чи соціального працівника)?

**Мета роботи:** Охарактеризувати особливості надання превентивної ерготерапевтичної допомоги людям літнього віку в Україні та Франції.

**Завдання дослідження:**

1. Визначити з якими інституціями крім медичних закладів, співпрацюють ерготерапевти.
2. Проранжувати список завдань, котрі ерготерапевт виконує у превентивних цілях.
3. Розглянути можливості ерготерапії, що сприяють покращенню якості життя літніх людей.

**Об'єкт дослідження** – превентивна діяльність в ерготерапії.

**Предмет дослідження** – запобігання падінню та прогресуванню деменції при ХА засобами ерготерапії.

**Методи дослідження:**

- Аналіз та узагальнення літературних джерел.
- Аналіз законодавчої бази та медико-статистичних даних.
- Інтерв'ювання цільових груп.
- Метод експертних оцінок.

Практичне значення магістерської роботи полягає у популяризації практичних рекомендацій щодо превентивної роботи в ерготерапії.

Шляхи впровадження: надання пам'ятки для лікарів ЗПСЛ котрі мали би констатувати потребу пацієнта у реабілітаційних послугах соціального чи медичного характеру.

На сьогоднішній день багато вчених пов'язують старіння населення з формуванням додаткового попиту на медичні послуги з боку осіб похилого віку, з необхідністю фінансування спеціальних медичних технологій, орієнтованих на літнє населення.

На сьогоднішній день, особи літнього віку, котрі припинили професійну діяльність, не мають змоги оплатити якісні медичні послуги, в тому числі й реабілітаційні.

Проблема низького соціоекономічного статусу пенсіонерів стоїть в Україні вкрай гостро, адже розмір пенсії понад 70% із них є нижчим за фактичний прожитковий мінімум (для осіб, які втратили працездатність, у цінах лютого 2021 р. він дорівнював 3 474 гривні) [4].

Побутує думка, що видатки на охорону здоров'я старіючого населення набудуть неможливих масштабів, отже цей феномен слід вважати загрозливим для економіки України. Ольга Крентовська пише:

"У розвинутих країнах не вдається виявити чіткий позитивний зв'язок між приростом населення літнього віку та змінами витрат на охорону здоров'я. Зростання цих витрат зумовлене насамперед упровадженням у практику охорони здоров'я новітніх і, як правило, більш дорогих технологій



медичних технологій та фармацевтичних засобів, що призводить до подорожчання медичного обслуговування населення для всіх вікових груп" [5]. Авторка також звертає увагу на те, що відсоток літніх людей зростатиме та у 2030 році кожен четвертий житель України матиме більше як 60 років. В Україні в 2019 році була найнижчою в Європі очікувана тривалість здорового життя (Healthy life expectancy, HALE). Про це йдеться в дослідженні Global Burden of Disease Study 2019 [6]. Для України ця цифра сягає 61,7 років.

Разом з тим, ми маємо перше місце за смертністю в Європі й рівняємося цією цифрою з країнами, що розвиваються.

У 2002 році Всесвітньою асамблеєю з питань старіння населення, яка прийняла Мадридський міжнародний план дій, було розроблено 10 зобов'язань, які мають взяти на себе уряди країн щодо практичної реалізації цього плану :

1) забезпечити органічне відображення проблем старіння в усіх сферах політики з тим, щоб привести суспільство й економіку у відповідність із демографічними зрушеннями й побудувати суспільство, доступне для людей усіх вікових груп;

2) забезпечити повну інтеграцію й участь людей похилого віку в житті суспільства;

3) сприяти рівноправному й стійкому економічному розвитку у відповідь на проблеми старіння;

4) скорегувати системи соціального захисту з урахуванням демографічних змін та їх соціальних і економічних наслідків;

5) забезпечити ринку робочої сили можливість реагувати на економічні й соціальні наслідки старіння населення;

6) сприяти безперервному навчанню та пристосовувати систему освіти

до змін економічних, соціальних та демографічних умов;

7) домагатися забезпечення якості життя у будь-якому віці й збереження самостійності, включаючи здоров'я та добробут;

8) враховувати гендерні чинники у старіючому суспільстві;

надавати підтримку сім'ям, які доглядають за людьми похилого віку, й підтримувати солідарність між різними поколіннями та у межах одного покоління;

10) сприяти виконанню регіональної стратегії реалізації за допомогою регіонального співробітництва .

За даними профайлу України за 2017 р. у звіті "Глобальний тягар захворюваності", фактична тривалість життя чоловіків та жінок менша за очікувану на 7,3 та 1,8 року відповідно; основні поведінкові фактори ризику смерті та інвалідності є наступними (Таблиця 1) :

Таблиця 1

Поведінкові фактори ризику[1]	Ризики метаболічного процесу
Відсутність здорового харчування	Високий кров'яний тиск
Тютюнопаління	Високий індекс маси тіла
Зловживання алкоголем	Високий рівень глюкози в крові
Низька фізична активність	Порушення функції нирок
	Холестерин

*Примітка:* джерело "Глобальний тягар захворюваності", 2017 р.

11 січня 2018 року український Уряд затвердив Стратегію державної політики з питань здорового і активного довголіття населення на період до 2022 року з метою створення сприятливих умов для здорового і активного довголіття, забезпечення адаптації громадських інститутів до подальшого демографічного старіння і розбудові суспільства рівних можливостей.

Як ми бачимо вище, ерготерапія послуговується тими ж термінами, що й урядовці та може внести свою частку в цей тривалий та необхідний процес адаптації до нових демографічних викликів.

## Розділ 1

### Роль ерготерапії у попередженні падіння та її превентивні можливості для запобігання залежності при ХА

#### II.1 Адаптація французького суспільства до зростання кількості старіючих людей.

Виходячи з визначення завдань даної роботи, можна вирізнити документи для огляду, що описують:

- правові передумови для покращення якості життя літніх людей;
- типології старіння та термінологію, котрою послуговуються у медичній та соціальній сфері, описуючи ці процеси;
- функції мультидисциплінарних команд та роль у них ерготерапевта при наданні медико-соціальної допомоги.

Варто підкреслити, що виокремлення допоможе детальному аналізу літератури і кожен пункт містить два взаємодоповнюючі поняття ( так, без правової бази провести роботу з покращення якості життя видається складним завданням).

Першим джерелом, яке варте нашої уваги є стаття Hélène THOMAS, д-ра соціологічних наук, членкині лабораторії теорії права, професорки університету Екс-Марселя, під назвою "Старіти - гарна справа. Нова політика французького уряду щодо адаптації суспільства до старіння"

Французів у віці 75 років і старших (5,7 мільйонів у 2012) стане 12 мільйонів у 2060. А число старших за 85 років зросте вчетверо, 1,4 млн на сьогоднішній день - 5,4 мільйони у 2060" [1].

Закон щодо адаптації суспільства до старіння (loi n 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative    l'adaptation de la société au vieillissement ) має три найважливіших пріоритети:

1. Попередити втрату автономності.
2. Адаптувати суспільство до старіння.
3. Надавати супровід тим, хто стає залежним.

Авторка описує нову парадигму, котру уряд має намір донести до свідомості своїх громадян. Пропонується змінити своє бачення старіння і перше, що варто підкреслити: термін "старі люди" пропонується витіснити терміном "старіючі люди".

Французьке суспільство вже не раз робило спроби ввести в ужиток вислови більш нейтральні, шанобливі та доречні в письмовій комунікації.

Замість "пенсіонери" у 50-тих роках почали вживати "старші", "літні" чи "сеньйори" у 2010.

Існує також вираз "третій вік". Логічно, що після "третього віку" наступає "четвертий" або вік "супер-сеньйорів", котрі наближаються до столітнього віку. Довгожителів, котрим за 110, задокументовано у міжнародній базі даних. Повертаючись до манери називати старших людей, авторка наголошує, що ці зміни у мові необхідні. Донині лексика, пов'язана зі старістю була настільки принизливою з медичної точки зору (щодо фізичної деградації чи безповоротного зниження інтелектуальних функцій), що викликала або реакцію "бідні і вразливі старенькі" або "цей тягар" для рідних і суспільства.

Сучасні реалії у політиці щодо старіння можна означити як "Від старості до старіння, від соціо - демографічної групи до серії індивідуалізованих шляхів.

Зовсім недавно це виглядало майже як класовий розкол між "молодими = працюючими" і "старими = незайнятими"; авторка тут вживає термін "паліативне громадянство", через те, що суспільство було налаштоване таким чином аби забезпечити якусь окрему політику для старих потребуючих

(більше нездатних подбати про себе). На сьогоднішній день не йдеться про "краще компенсувати неспроможність" а якнайдалі відсунути момент її настання. L'Exposé des motifs de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

У сімдесяті роки минулого століття Сімона де Бовуар писала "Та чи є людьми старі? Дивлячись на те, як поводить ся з ними суспільство, в цьому можна засумніватися. Суспільство допускає , що їх потреби і права відрізняються від тих, котрі є у інших його членів, виділяючи їм лиш прожитковий мінімум" [2].

Автор декілька разів цитує це соціальне ессе, наголошуючи, що у французькому суспільстві можна прослідкувати позитивну динаміку щодо політичних та соціальних спроб надати ваги феномену старіння.

Так, перший соціальний мінімум ( аналог соціальної пенсії), був запроваджений у 1956 р, саме про нього писала філософиня. На сьогоднішній день особи, котрим минуло 60 років мають змогу отримувати виплати, котрі призначаються у разі втрати незалежності та призначені на адаптацію житла. Ця допомога може досягати 5 000 євро (у залежності від доходів родини).

Хоспіси були трансформовані у свого роду медикалізовані готелі (1975 р), де залежні особи похилого віку отримали кімнати чи квартири-студіо та належний медичний догляд. 13 березня 2007 р був прийнятий закон про боротьбу з негідним поводженням з людьми літнього віку та інвалідами та був створений Державний комітет пильності, що відповідає за їх захист.

Авторка називає ще чотири документи, пов'язані з захистом прав літніх людей, від 1986, 2003, 2007 та 2010 років, але наголошує, що вони мають слабкий юридичний фундамент та носять більше рекомендаційний характер.

Вона неодноразово нагадує про евфемізми (слова, що згладжують первинне негативне значення), навішування ярликів та бажання нинішнього

уряду продовжувати боротьбу з «ейджизмом», як соціальним явищем. До дискримінованих за віком професорка відносить й молодих людей, серед котрих, поруч із сеньйорами, є найвищим безробіття.

У Франції мають намір створити маркування якості надання послуг та товарів призначених для літніх людей за канадським зразком, котрий застосовували базово для сексуальних меншин, та переконавшись в успішності ідеї, розширили і на категорію літніх від "gay friendly" до "age-friendly". "Згодіться, що ми віддалилися від "вироку на злиденне та прокляте існування, на каліцтво, на самотність та безнадію" як проголошувала кілька десятиліть тому Сімона де Бовуар" - пише авторка.

Згадується у статті програма MONALISA , назва якої вміщує перші склади слів "мобілізація", "національна", "ізоляція - l'isolation" та "age ", котра була започаткована дружиною прем'єр-міністра у 2013 р., та мала на меті боротися з соціальною ізоляцією вдів робітників, котрі у Франції не мають високих пенсій.

Кінцевою метою цієї програми була боротьба з бідністю та соціальна інклюзія, котра передбачає посилення добросусідства та емпатії.

Звідси видно прямий зв'язок між похилим віком, бідністю та соціальним ігноруванням, котре властиве у ставленні до меншин.

Схожим за змістом був закон початку ХХ ст, 14 липня 1905 р, "Про допомогу престарілим, калікам та невиліковним хворим "(тут вжито лексику, притаманну тому періоду бо саме так звучала назва закону).

Класифікацію різних груп у процесі старіння здійснено за ознакою функціонування, а не конкретних вікових рамок, як це було раніше.

Спочатку є період де люди є літніми не будучи старими. Це вік виходу на пенсію, а також час, коли стають дідусями й бабусями ( у середньому у Франції внуки з'являються від 52 років). Цей період усвідомлюється як нова

траєкторія, активна, повна нових подій і що важливо, особливо динамічна. Ці жінки і чоловіки належать до останнього покоління, що живе у солідарній пенсійній системі та соціально орієнтованій державі. В основному це представники середнього класу, працівники банків, комерційних структур та держслужбовці.

У них є власне житло, доволі часто воно дублюється будиночком біля моря. Відзначимо ще раз, що тривалість цього періоду не відрізняється за ознакою віку, а більше за місцем у соціумі та якості життя. Різні соціо-статеві групи, ( не розлучені пари, де чоловік протягом усієї кар'єри мав заробітну плату дещо вищу від середньої, у добрій фізичній формі, бездітні або вже з повнолітніми дітьми, котрі в свою чергу теж мають добре здоров'я, міські жителі) і поруч з ними групи робітників, працівники сільськогосподарського сектору, техніки - механіки, обслуговуючий персонал, котрі при виході на пенсію мусять економити і завідомо мають гірший стан здоров'я та нижчу очікувану тривалість життя. У 35 років управлінець вищого ешелону без фізичних чи сенсорних проблем має очікувану тривалість життя 49 років, тоді як робітник - 42, тобто сім років різниці.

Різниця в очікуваній тривалості життя людей різної статі теж відчутна: для чоловіків 78, 9 років, для жінок - 85. Якість життя жінок ( пов'язана з рівнем доходів, загального майнового стану та їх стану здоров'я з виходом на пенсію ) у великій мірі залежить від їх супутника життя (якщо він є).

Другий вік називаємо періодом вразливості. При опитуваннях французи вказують нижню межу цього віку приблизно 75 років, хоча часто можна почути зауваження, що це не питання років. Це період, де все більше відчувається втома та зміна сімейних ролей. Старші люди перетворюються з тих, що дотепер допомагали ( фінансово, у щоденному житті) у тих, кому необхідна допомога. Це часто пов'язується з відчуттям непотрібності та



втратаю сенсу життя. Різниця між третім та четвертим віком може визначатися часом переходу у будинки для престарілих (85 років і 5 місяців у 75% випадків).

Прагнучи продовжити активне та здорове життя, французькі геронтологи вживають поняття "вразливість", котре прийшло з Америки та Канади у 90-х роках минулого століття. "Вразливість" не мусить бути пов'язана з віком. Але часто саме у зв'язку зі старінням настають нейром'язові зміни, нейроендокринна дерегуляція та імунні дисфункції. [Fried et coll., 2001] визначають п'ять характеристик вразливості:

- Ослабленість;
- Мала витривалість;
- Обмежена фізична активність;
- Повільний темп ходи;
- Мимовільна втрата ваги останнім часом (8 - 10 місяців).

(Український еквівалент цього терміну "дряхлість"(sic) ми знайшли у матеріалах конгресу геронтологів "Похилий (sic) пацієнт: як лікувати?" професора Лариси Єни)

У Франції проводяться численні дослідження, що дозволяють провести паралелі між певними життєвими звичками та появою вразливості (напр.

фізичні вправи, харчування, виховання, соціоекономічний статус, інтелектуальна та соціальна активність) [Fries, 2002].

Авторка не згодна із урядовим рапортом, що описує цю ситуацію як стандартну для більшості людей. Вона говорить про тотальний та стійкий феномен старіння у жінок робітничих професій, котрі свій третій період проживають у віці 55 - 64 роки. Вони у програшній ситуації як за загальною тривалістю життя так і мають довший період неспроможності та втрати

функціональності. Люди, що зайняті фізичною працею мають фізичні та сенсорні функціональні обмеження у 60% випадків після 60 років.

Щодо третього періоду, він описаний просто як період втрати автономності. Цей період не зачіпає всіх без винятку, але ризик, безперечно, з віком зростає для всіх. У ході цього періоду, котрий є, звичайно, процесом, а не станом, основне завдання - боротися з втратою зв'язків.

Складність залежності в тому, що вона обмежує міжособистісні зв'язки та збіднює їх якість. Літня людина з залежністю, котра має весь спектр медичного догляду, стає все більше відрізаною від свого попереднього стилю життя і своєї ідентичності.

Цей опис повністю відображає групу залежних літніх людей з менш забезпеченого соціального середовища, котрі отримують фінансову державну допомогу АРА, призначену для того, щоб оплачувати чиюсь ручну працю у себе вдома або ж оплатити перебування у будинку престарілих.

Це часто люди, котрі отримують соціальну пенсію, тобто справді мають мінімальні ресурси бо їх професійна діяльність перервалася завчасно через безробіття або з інших причин (44% чоловіків і 25% жінок). Саме для таких жінок старість починається до 65 років. "Неполадки зі здоров'ям, інвалідність можуть бути причиною вкороченої кар'єри. Більша половина отримувачів АРА звернулися за нею до 65 років, а без втрати автономії цю допомогу отримати неможливо. 56% - це жінки і 90% з них самотні та в середньому мають 76 років" [7].

Стать, професійні обов'язки, пенсійний дохід і загальний матеріальний стан визначають як рівень життя так і його стиль, що відповідає добре визначеним соціо - статевим групам. У цьому значенні перший період старіння пов'язаний в сьогodнішніх реаліях з середнім та вищим класом найманих працівників. Ці люди мають усі шанси жити без інвалідності у себе

вдома до старечого віку та навіть до смерті.

Другий період додає сюди частину середнього класу самозайнятих (їм часто треба працювати довше для отримання повноцінного пенсійного забезпечення). Що ж до третього, котрий тісно межує з важкими умовами фізичної роботи під час працездатного періоду, він настає для цієї категорії працюючих після 65 років.

Щодо статистичних даних, то середньо- статистична особа у літньому віці – це жінка у періоді менопаузи, трохи старша за 55, котра от-от втратить чоловіка або ж уже розлучена із слабким рівнем доходів.

Саме жінки найбільше акумулюють конфлікти й потрясіння у "третьому віці" та дефіцити з ним пов'язані: у доходах, у фізичній формі та соціальній ізоляції. Це пов'язано у нерівності щодо оплати праці та розвитку кар'єри (жінки частіше працюють неповний робочий день), що пізніше відбивається на розмірах пенсії, а для розлучених чи вдів із робітничого середовища - відсутність або мізерна сума пенсії, що нараховується зі втратою чоловіка.

Відома метафора з державного рапорту "дерево залежності не має ховати за собою лісу старіння" вимагає попередження патологічного старіння для конкретних груп людей пенсійного віку на нинішній день. це "здорове старіння" (healthy ageing) стало предметом обговорення ще на початку століття, де поняття успішного старіння (successful ageing), а пізніше активного старіння орієнтувало всю європейську спільноту на "більш позитивне бачення просування у віковій шкалі та зміни довкілля, а також санітарні та соціальні заходи, що мали стабілізувати здоров'я літніх людей" [8].

Ця концепція вміщає в собі три необхідних компоненти для неінвалідизуючого старіння: добрий стан здоров'я, збережені когнітивні

здібності та соціальну інклюзію.

Ця концепція робить громадян відповідальними за своє здоров'я та надає значної ваги стилю життя" [9].

Вжиті заходи були орієнтовані на харчування, фізичну активність людей у віці від 50 до 65 років, щоб краще підготувати їх до викликів старіння. Акцент робився на близькості надання цих послуг на певних територіях, на добрій волі мерій тих чи інших міст.

Нова манера управління, як фактор суспільних змін.

Для урядових змін було попередньо представлено два підготовчі документи.

Доповідь доктора Акіно (*Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société*), в котрій наголошувалися потреби попередити і супроводжувати залежність (*anticiper et accompagner*) та депутата Люка Броссі (*Adaptation de la société au vieillissement de sa population*) де йшлося про адаптацію суспільства до старіння населення. Наступним кроком був проект закону, котрий представила депутатка Мартін Пенвіль, де були проаналізовані міжнародні практики та місцеві ініціативи, варті наслідування.

Отож, три А (*anticiper + accompagner + adapter*). Знання про старіння, збереження біомеханічного потенціалу, можливості продовження активного життя нашоухують на потребу додати сюди четверте А - автономність. Вона, як д'Артаньян, котрий не був одним із трьох мушкетерів, але став центральним персонажем у романі Дюма, є ключовою ланкою даної концепції бо саме автономність є протилежним поняттям до залежності [10].

Французька економіка розвиває новий вектор. 24 квітня 2013 року міністр, до обов'язків якого відноситься департамент роботи з літніми людьми виступає поруч з міністром індустрії з трибуни міністерства фінансів.

Це виглядало як грандіозна прем'єра! Такого поєднання Франція ще не бачила. Цікаво, що їх промови акцентували факт доброго порозуміння між директорами підприємств, економістами, представниками профспілок щодо можливостей Silver економіки для створення численних робочих місць.

Тому авторка не говорить лиш про індивідуальні труднощі старіння чи соціальної реабілітації, а саме про політику урбанізму, транспортні можливості, споруди де біо-медичні дослідження передбачають нові робочі місця. Труднощі у переміщенні мають бути мінімізовані через запровадження принципів універсального дизайну у транспорті, спорудах, сервісах, міській інфраструктурі та методах спостереження. Нова біо-кіберполітика зуміє компенсувати численні функціональні труднощі, різноманітні електронні пристрої будуть випробовуватися в екологічних умовах, маючи за першу лабораторію популяцію літніх людей.

Цікаво, що здатність суб'єкта до адаптації визнається європейськими й американськими дослідниками як найбільш популярний критерій інтелектуального та психічного розвитку. Тому індивідуально й колективно, "старіти активно" означає брати на себе відповідальність за власний стан здоров'я. Старіти, як особа чоловічої чи жіночої статі, бути активним та змагатися за самого себе, бути у контакті з самим собою та оточуючими стає перформансом у спортивному та суспільному ракурсі, бути режисером власного життя та його талановитим виконавцем [11].

І це стосується не тільки старіючого населення, а також молодих людей та людей зрілого віку. Тримати своє тіло в нормі, повноцінно харчуватися, дбати про здоровий сон, займатися превентивно рекомендованими видами спорту. Важливо теж думати про когнітивне збереження, котре підтримується особистими контактами і когнітивними тренінгами, згідно моделі "активного старіння".

Позитивний імідж літньої людини залежить від її сприймання у соціумі. Тому нинішня французька політика адаптації суспільства узгоджується з підвищеним захистом прав літніх людей на протипагу застарілому підходу соціальних виплат та сегрегації. Інакше кажучи, французьке суспільство констатує нинішній міжпоколіннєвий розрив як можливість та потребу різнобічних дій у соціальній, медичній та економічній сферах.

## **I.2 Роль ерготерапії у попередженні падіння.**

Для підтримання нормальної життєдіяльності людина має бути активною та мати можливість чути себе у безпеці. Опис проекту, організованого страховою компанією REUNICA та дослідницькою групою в ерготерапії під назвою SADEER (за першими буквами абрєвіатури допомога вдома від ерготерапевта) має для нас значний інтерес. Його перебіг та результати описують у своїй публікації Morestin, F. & Cauvin, S. (2011)

Стаття під назвою "Кілька сотень тисяч падінь серед людей похилого віку щороку у Франції нагадує, що падіння" становлять 84% механізмів виникнення нещасних випадків у повсякденному житті людей старших за 65 років ", і що" 78% цих падінь сталося вдома ".Cécile Ricard & Bertrand Thelot (2007) .

Поступова поява труднощів у власному життєвому середовищі може призвести до незахищеності (непридатна ванна, страх зісковзнути і впасти, ) та побутових нещасних випадків з більш-менш серйозними наслідками (падіння, травми та переломи ). Люди похилого віку, які прожили у більшості з них у менш сприятливих умовах, ніж сьогоднішні, мало говорять про це. Ризики часто зведені до мінімуму, або людина не хоче турбувати близьке оточення. Однак дана ситуація не позбавляє причин для занепокоєння. Страх

падіння, зменшення руху, замикання у собі – ось до чого призводить ця незахищеність.

Саме з обміну цими висновками зародилося партнерство ADERE/REUNICA. Співпраця призвела до створення інноваційної програми під назвою: "Підтримка вдома та ерготерапія (SADEER)" [12]. Остання має на меті посилити дії компанії з точки зору домашньої підтримки, покладаючись на послуги ерготерапевтів. Вона базується на ініціативному підході та прихильності до ерготерапії як частини політики щодо профілактики та підтримки вдома. SADEER має на меті:

- Запобігати ситуаціям залежності людей до 75 років за допомогою заходів, розроблених у профілактичних центрах. Вони означають інформування та обізнаність і навчання волонтерів;

- Оптимізувати зв'язок між житлом та людьми похилого віку, щоб дозволити їм продовжувати жити там у хороших умовах, пропонуючи послуги ерготерапевта з оцінки помешкання, підтримку змін у поведінці та способі життя, рекомендації технічних засобів або проведення робіт з адаптації.

В рамках цього проекту підтримувалася робота з двома віковими групами за принципами інформаційної дифузії. Ерготерапевт навчає волонтерів, волонтери відвідують самотніх людей та доносять до них ризики та можливості їх уникнення.

До участі у просвітницькій конференції про важливість безпечного житла у процесі старіння були запрошені люди у віці 60 - 75 років.

Людей, старших за 75 років провідували волонтери, котрі попередньо прослухали 4-денний семінар про безпечне житло та ризики падіння.

Ще одна вісь проекту спрямована на запобігання невідповідності житла для мешканців (люди старші за 75 років, які проживають вдома). Для цього

REUNICA надсилає їм інформаційну брошуру з питань житла та пропонує втручання ерготерапевта вдома. Ці служби створюються на експериментальній основі в чотирьох департаментах: Париж (75), Ессонн (91), Кот-д'Ор (21), Сона і Луара (71). Таким чином клієнти можуть скористатися послугами оцінки житла, порадами та навіть підтримкою. 14 000 бенефіціарів групи REUNICA отримали інформаційну брошуру та їм запропонували відвідати ерготерапевта. Згодом ці люди скористались двома телефонними дзвінками через 2 місяці та 6 місяців. Дослідницькому підрозділу, що складається з експертів, було доручено виміряти ефективність та вплив застосованого підходу. Ця комісія повідомляє про результати у вересні

2010 р.

Дослідження розпочалися в першій половині жовтня 2008 р. (Відправлення першої хвилі брошур) і закінчилися 21 травня 2010 р. (Останній телефонний дзвінок через півроку). Протокол включав шість основних етапів: відправлення брошури; повернення купонів-відповідей; відвідування ерготерапевтів та збір даних; надсилання специфікацій та рекомендацій; телефонний дзвінок бенефіціарам через два місяці з боку ерготерапевтів; телефонний дзвінок через шість місяців бенефіціарам з боку координаційного підрозділу. Було зроблено шість хвиль подань, які розповсюджувались протягом шести місяців, що пояснює весь хід досліджень за двадцять місяців.

Метою домашнього візиту було виявлення потреб та очікувань людини, оцінка адаптації чи дезадаптації помешкання, розробка плану допомоги за допомогою специфікацій із рекомендаціями щодо компенсації. Ерготерапевти, на основі їх обговорень із особою та їх оцінки, надіслали бенефіціарам документ під назвою "Файл рекомендацій." У Файлі



представлено бенефіціару опис його ситуації та запропоновано п'ять видів порад та рекомендацій: технічні засоби, рухова компенсація, зміна способу життя, поліпшення житла, інші рекомендації.

Двомісячне та шестимісячне телефонне інтерв'ю відбулося після цього візиту додому. Перший дзвінок (зроблений ерготерапевтом) оцінював вплив візиту додому та рекомендації, враховані бенефіціарами. Це також дозволило звернутися з проханням про фінансову допомогу до групи соціального захисту або звернутися до адміністративних асистентів людям, які вважали, що вони потребують цього. Другий заклик мав на меті проаналізувати та оцінити вплив візиту додому на якість життя учасників, їх усвідомлення ризикованих ситуацій, виникнення чи не виникнення труднощів тощо.

Зворотній зв'язок та результати:

Рівень участі у цьому дослідженні оцінювався у 1,5%. Дослідники отримали 211 купонів у відповідь, здійснили 160 візитів додому, здійснили 139 дзвінків за два місяці та зв'язались із 126 бенефіціарами за шість місяців. Значна кількість людей похилого віку не змогли або не бажали брати участь у всьому протоколі. Бенефіціари обгрунтовують цю відмову тим, що не хочуть відповідати на анкету або не бажують відвідувати професіонала (найчастіші причини).

Середній вік бенефіціарів, які брали участь у дослідженні, становить 82,6 року, 82% - старші за 80 років. Найпопулярніші вікові групи: 84 та 85 для жінок та 80 та 83 для чоловіків. Наймолодшим людям 77 років (2,4%), а найстаршим - 88 років у чоловіків та 92 роки у жінок.

**Все складніше щоденне життя та не усвідомлення ризику падіння:**

Перші значущі результати цього дослідження стосуються труднощів, які визначають люди похилого віку у своєму повсякденному житті. 52% з них згадують про біль та 70% про труднощі. Основними видами повсякденного

життя, описаними як важкі, є: користування сходами та вихід з дому - 50%, миття та прибирання - 40%, одягання, вставання, та покупки - 30%. Хоча поняття складності легко висловлюється літніми людьми, ми зазначаємо, однак, що більшість із них (62,2%) не усвідомлюють ризику. Ці результати є ще більш дивними та тривожними через те, що 49% з них мали ризик впасти під час домашнього оцінювання. Це визначення ризику падіння стало можливим завдяки використанню тесту "Встань і йди" Podsiadlo D. & Richardson S. (1991). "The time "Up and go" або тест на стільці. У цьому тесті пропонується встати зі стільця, пройти три метри, розвернутися і сісти. Здорова людина похилого віку виконує це завдання за десять секунд (максимальний час). Вважається, що існує помірне обмеження, якщо людина займає від десяти до двадцяти секунд, і значне обмеження рухливості, якщо час становить від двадцяти до тридцяти секунд. Оцінка, що дорівнює або перевищує чотирнадцять секунд, вказує на високий ризик падіння. В результаті із 117 учасників 42 справилися із завданням менше ніж за 10 с.

Ознайомимося з таблицею рекомендацій (Рис 1).

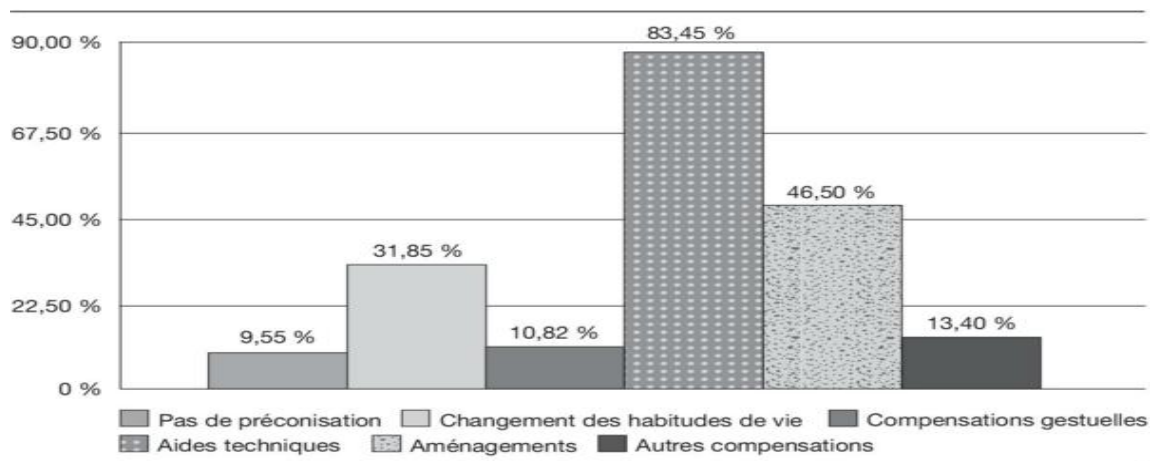


Рис. 1 .....

Примітка: джерело

[https://www.cairn.info/loadimg.php?FILE=GS/GS\\_136/GS\\_136\\_0141/GS\\_136\\_art11\\_img003.jpg](https://www.cairn.info/loadimg.php?FILE=GS/GS_136/GS_136_0141/GS_136_art11_img003.jpg)

Найвищий стовпчик у даній діаграмі складає 83,45% та стосується адаптації житла.

Кімната, яка найчастіше була предметом рекомендацій щодо адаптації, - ванна кімната. З іншого боку, у багатьох випадках були виявлені проблеми з доступністю житла. Нерідкі випадки, коли зацікавлені сторони пропонували зміни горизонтальної та вертикальної циркуляції в будинку та в будівлі (сходи, сходинок, різні під'їзди тощо). 86% учасників цього дослідження визнали рекомендації корисними чи дуже корисними. Але, як це не дивно, багато хто з них не відразу почав застосовувати їх на практиці. Через два місяці після візиту зацікавлених сторін лише 29% людей виконали рекомендації всі або частково. Однак через шість місяців ми спостерігаємо суттєві зміни, оскільки цього разу 60,3% відвідуваних їх виконали всі або частково. Два фактори змогли спричинити цю зміну: телефонні дзвінки, що сприяли підвищенню обізнаності, з одного боку, та, з іншого боку, виникнення труднощів, які збільшують бажання людей вдаватися до рекомендацій. Ці результати змушують нас вважати, що з точки зору житлового будівництва для людей похилого віку, дії повинні бути запропоновані та заплановані на довгострокову перспективу. Підвищення обізнаності серед людей похилого віку через домашній візит з подальшою підтримкою через два і шість місяців підвищує рівень їх обізнаності та прийняття рішень. Нарешті, деякі цікаві результати інформують нас про вплив заходів з підвищення обізнаності про ризик падіння. Ми зазначаємо, що люди, які скористались цією програмою, мабуть, мали незначний ризик падіння протягом наступних місяців після відвідування ерготерапевта. Під час другого телефонного дзвінка за шість місяців лише 7,1% людей, які брали

участь у дослідженні, згадували про падіння. Шість місяців тому 40,5% повідомили, що мали одне або кілька падінь до домашнього візиту ерготерапевта. А під час візитів додому було визначено ризик падіння (тест "Встань і йди") для 49% людей.

### **1.3 Національні плани боротьби з ХА. Компетенції ерготерапевтів та їх присутність у командах, що попереджають фізичний та когнітивний занепад.**

Наступним документом, котрий привернув нашу увагу є Державний план "Нейро - дегенеративні хвороби на 2014 - 2019 р" [13].

Перший План боротьби з хворобою Альцгеймера на 2004-2007 роки був опублікований та оголошений спільно міністром охорони здоров'я та державним секретарем у справах людей похилого віку 21 вересня 2004 року.

Тоді деменція Альцгеймера та пов'язані з нею хвороби були визначені як "основна проблема охорони здоров'я" нарівні з раком у Франції, як і в інших європейських країнах, Канаді та США. Для запуску "плану Альцгеймера 2008-2012" 1 лютого 2008 р. Президент республіки урочисто підтвердив, що "ця боротьба повинна відбуватися в цілій Європі". Цей план включав три ключові слова: охорона Здоров'я (покращення якості життя пацієнтів), Дослідження (краще розуміння хвороби) та Солідарність (боротьба з соціальною ізоляцією хворих). Звіт Міжвідомчого комітету в рамках "національної дискусії про залежність", розпочатої міністром солідарності та соціальної згуртованості пані Розелін Башельо за попередній п'ятирічний термін, був змодельований за трьома сценаріями, котрі мали за мету знизити сьгоднішні витрати на підтримання життєдіяльності пацієнтів із залежністю.

Ці дані та цей підхід значною мірою були застосовані в законі 2015 р.

Занепокоєння переходом у поважний вік великої кількості людей з когорти бебі-буму (розпочатого в 1943 р.) було і залишається центральним питанням. Фактично, слідуючи цій лінії, у звіті про "адаптацію суспільства до старіння" 2013 року, наголошується на тому, що літні люди, яким потрібна персональна допомога, щоб оплатити роботу домашньої робітниці або зі встановленим фактом залежності залишаються меншиною в короткостроковій перспективі: за кілька десятиліть ці витрати будуть далеко не "помірними".

Звіт про оцінку Плану Альцгеймера на 2008-2012 роки рекомендує, щоб медсестринські групи, що відвідують пацієнтів регулярно, могли пропонувати ерготерапевтів або психомоторних терапевтів на дому. Крім того, психологічна підтримка пацієнтів, їхніх опікунів, а також команд, які стикаються зі складними ситуаціями, є головним викликом для покращення підтримки людей вдома, які потребують не лиш медичного догляду, а комплексних послуг.

Ось деякі з рекомендацій, котрі свідчать про те, що пошук ефективної роботи з цією численною групою пацієнтів тільки починає набирати обертів.

Структурувати процес спостереження, просування та моделювання корисних та ефективних ініціатив

Заохочувати та допомагати виявляти ініціативи та найкращі практики зберігати в "бібліотеках". Їх можуть вносити приватні особи, асоціації, громади, соціальні та медичні служби, компанії. Про них можуть повідомляти хворі люди, їхні родичі, "свідки" або самі ініціатори.

Визначати, оцінювати та моделювати найбільш перспективні проекти, щоб вони могли розширитися.

Структурувати процес таким чином, щоб з часом моделі могли вдосконалюватися за участю та динамікою.

Структурувати та реалізовувати активну політику, спрямовану на сімейних

опікунів, включаючи дії сімейних доглядачів

Забезпечити кращу оцінку потреб опікунів як ними самими, так і професіоналами, щоб адаптувати кожне втручання до середовища, в якому воно відбувається.

Заохочувати підходи, які роблять більший акцент на внеску, набутих навичках та задоволенні, яке відчують особи, що здійснюють догляд, щоб відійти від бачення, зосередженого на шкідливих наслідках ситуації, що виснажує, та на відчутті "тягаря".

За яких умов розвивається ХА на сьогодні достеменно не відомо.

Одним із факторів є спадковість [14]. Дослідницька група Діка Свааба була причетна до створення концепції першого нідерландського дослідження хвороби Альцгеймера, коли тільки-но прогнозували епідемічне поширення цього захворювання. Однією з причин цього захворювання автор називає вік та спадковий чинник, ген ApoE - e4.

У 94% пацієнтів віком за 65 років саме ці два фактори несуть відповідальність за ХА. Найпоширеніша гіпотеза стверджує, що фактором ризику є накопичення токсичного амілоїду у формі бляшок [15]. Токсичний вплив амілоїду викликає зміни у транспортних білках, котрі збиваються у клубки та перешкоджають нормальному функціонуванню нервової клітини, котра через це відмирає.

Порушення когнітивної діяльності починаються поступово та можуть показувати однакові результати у діагностичному обстеженні з кортико-базальною дегенерацією (Рис.2), деменцією з тільцями Леві, фронто-темпоральною деменцією, хворобою Ліма, нейросифілісом, хворобою Паркінсона та ін.

Доктор Баррі Рейсберг (Нью-Йорк) пронумерував стадії хвороби Альцгеймера

- На першій стадії не помічають ніяких змін.
- На другій стадії буває важко відшукати якусь річ, і людина помічає, що у неї виникають проблеми в роботі, які, однак, вона здатна подолати.
- На третій стадії неполадки в роботі помічають вже і інші.
- На четвертій стадії не вдається вирішувати більш складні завдання, наприклад управління власними фінансовими справами.
- Потім (на п'ятій стадії ) вже потрібна допомога при виборі одягу, згодом - при одяганні (6a) і щоб помитися (6h).
- Виникає необхідність (6c) в допомозі при відвідуванні туалету( важко злити воду й підтертися).
- Далі починається нетримання (6Ф сечі і (6e) калу.
- В стадії 7a хворий вимовляє від одного до п'яти слів за день і незабаром вже (7') жодного зрозумілого слова взагалі; втрачає здатність ходити (7c), а потім і самостійно сидіти (7d) .
- Нарешті (7e) зникає усмішка, яка доставляє нам стільки радості, коли ми вперше бачимо її на обличчі дитини; хворий не може (7f) самостійно тримати голову.
- І ось пацієнт лежить в ліжку в позі плоду в матці, і якщо в рот йому вкласти палець, з'являється смоктальний рефлекс. Хворий повністю повернувся в стадію новонародженого [1].



Рис.2. Порівняння здорового та ураженого мозку при хворобі Альцгеймера  
*Примітка:* За матеріалами:

<https://www.brainfacts.org/archives/2012/alzheimers-disease-today>

Цілісне уявлення про те, як працює ерготерапія у командах, що запобігають прогресуванню залежності при ХА, можемо почерпнути із публікації в журналі Французької асоціації ерготерапевтів, за квітень 2020 року [16].

Отже, пацієнти з ХА після консультації у сімейного лікаря чи геріатра можуть отримати направлення на когнітивну реабілітацію, котра включає від 12 до 15 сеансів у рік, що відшкодовується (рембурсується) державним медичним страхуванням.

Це направлення пацієнт може отримати й кожного наступного року.

За державним Планом Альцгеймера на 2008-2012 були створені спеціалізовані команди із трьох професіоналів, котрі мають компетенції у геріатрії та перебігу ХА. До їх складу входять медсестри, ерготерапевти та дипломовані геріатричні асистенти, що мають супроводжувати особу з ХА у повсякденному житті .



Нас цікавить роль ерготерапевта, тому ми будемо акцентувати свою увагу саме на його втручанні. У рекомендаціях HAS ( La Haute autorité de santé) Національної служби здоров'я "Заходи ерготерапії та психомоторики, що мають виконуватися для реабілітації в домашніх умовах, призначені для пацієнтів з хворобою Альцгеймера та її наслідками" від січня 2010 року читаємо. Цілі у самообслуговуванні:

- Сприяти підтримці здатності брати участь у щоденній активності, стимулюючи когнітивні здібності.
- Посилити компенсаційні стратегії та ефективність під час діяльності
- повсякденного життя (туалет, одяг, їжа, приготування їжі, прибирання, водіння, дозвілля, фінансове управління, використання засобів зв'язку, керування витратами, тощо).
- Рекомендації та навчання використанню технічних засобів
- Цілі ерготерапії.
- Покращити функціональний потенціал та соціальну участь.
- Дбати про безпеку.
- Зменшити розлади спілкування та труднощі з пам'яттю.
- Запобігати появі синдрому невідповідності пози та моторики.
- Навчити пацієнта, його сімейне коло та професіоналів користуванню
- технічними засобами.
- Профілактика та передбачення ризиків падіння  
Запобігати ризику падіння.
- Розробити постуральні стратегії та стратегії безпечної адаптації до повсякденної діяльності.
- Заохочувати до участі у соціальному житті.

- Уникати ізоляції, сприяючи мобільності.
- Запропонувати альтернативи фізичним обмеженням.
- Ерготерапевт приходить додому, щоб оцінити здатність людини виконувати повсякденну діяльність.

Потім професіонал ставить одну або дві цілі. Наприклад: одягатися самостійно, знову самому готувати їсти. Далі він розробляє програму на основі решти здібностей людини, щоб допомогти їй виконати цю діяльність знову і знайти в ній задоволення. Ця програма також включає компонент терапевтичної освіти для доглядачів з їх обізнаністю, підтримкою та порадами.

Компетентність ерготерапевта полягає у його здатності оцінити функціональний стан особи та фактори, що її обмежують. Для цього він користується цілою батареєю тестів, що рекомендовані HAS, а також оцінкою заняттєвої діяльності в екологічній ситуації ( у звичних умовах ).

Іншим аспектом роботи ерготерапевта є його якісна та детальна комунікація з геріатричним асистентом. Якщо ерготерапевт визначає, що необхідно поміняти телефон, то має вказати для чого цей обмін та як він сприятиме покращенню якості життя пацієнта. Ці пояснення має отримати у першу чергу асистент. Асистенту делегується також частина реабілітаційних завдань.

Асистент проводить втручання вдома, дотримуючись програми, розробленої ерготерапевтом або психомоторним терапевтом.

Наприкінці сеансів ерготерапевт або психомоторний терапевт підбиває підсумки проведених заходів. Ця оцінка надсилається лікарю, який ініціював роботу команди фахівців з хвороби Альцгеймера.

### **Приклад ерготерапевтичного втручання.**

1/10/2019 р ерготерапевт відвідує вдома мадам N, 74 роки, що проживає

сама на першому поверсі у доступному помешканні та має незначні когнітивні порушення, пов'язані з ХА.

Ерготерапевт констатує часову дезорієнтацію, епізодичні порушення пам'яті (MMS 23/30), та відсутність ініціативи. Мадам має ураження зору та слуху (користується слуховим апаратом), а також присутній ризик падіння.

Дві дочки, що живуть досить далеко, допомагають матері у дотриманні графіка консультацій та веденні її документів. До мадам N два рази в тиждень приходять домашні помічниці, котрі підтримують гігієнічний стан помешкання, готують їжу та слідкують за терміном придатності продуктів.

Її колишній чоловік робить для неї покупки. Раз у тиждень вона працює вдома з терапевтом мовлення та чотири рази в тиждень відвідує денні активності у Центрі для літніх людей.

Мадам усвідомлює свої труднощі та рада співпрацювати з ерготерапевтом. Каже , що любить читати, грати в настільні ігри та вирішувати кросворди.

Мадам отримала 15 сеансів когнітивної реабілітації вдома. Після двох сеансів оцінки, команда фахівців з ХА визначила пріоритетним повернення до певних значимих занять за межами дому та самостійного ведення щоденника консультацій. Були запропоновані кілька заходів щодо попередження падіння.

- Значимі заняття. Терапевтичні ситуації дозволили повернення до самостійного приготування їжі та гри у слова. Під час заняття мадам не мала значних труднощів, але потребувала підтримки та запевнення у тому, що її дії та хід думок вірні.

- Для керування консультаціями ми запропонували тримати щоденник відкритим та користуватися сонорним нагадуванням. Годинник із датою теж буде одним із необхідних інструментів.

- Для попередження падіння ми запропонували протиковзальний килимок та ручку при вході у душ. Для проби була встановлена ручка на присосці, та мадам вирішила відкласти її постійне встановлення.

Про всі наші дії та рекомендації ми повідомляли доньок мадам N. Ми спілкувалися також з менеджером служби допомоги вдома. До мадам приходила помічниця, котра не зовсім її влаштовувала. Тому ми звернулися із проханням замінити її та перші зустрічі провести під наглядом геронтологічної асистентки.

В кінцевому рахунку, у процесі роботи було проведено 39 епізодів координації. За результатами оцінювання було надіслано 7 листів з індивідуальною програмою занять та поясненнями для доньок, котрі не мали змоги бути присутні. І на завершення програми 7 підсумкових листів було відправлено тим же респондентам.

Заслуговує на нашу увагу метод MAIA, котрий запроваджений у Франції з 2008 року.

**MAIA: Метод дій щодо інтеграції служб допомоги та догляду в галузі автономії.**

Народжений із спостереження за фрагментацією догляду за людьми похилого віку з втратою автономії, зокрема щодо доступу до допомоги, метод MAIA має на меті полегшити використання місцевих ресурсів та впорядкувати саму процедуру доступу.

MAIA об'єднує на території департаменту всіх суб'єктів, які беруть участь у підтримці людей старше 60 років із втратою автономії.

Цей робочий метод зміцнює зв'язки між партнерами в галузі охорони здоров'я, соціальної та медико-соціальної сфери, щоб забезпечити узгоджену

та повну відповідь літнім людям та їхнім доглядачам, незалежно від структури, з якою вони контактували.

МАІА - це інтегроване "вікно "(у значенні вікно для звертання) . Після запиту, сформульованого приватною особою та / або професіоналом, платформа МАІА вивчає ситуацію особи, яка втрачає автономію, для того, щоб визначити, чи входить вона до кола тих осіб, котрим надає супровід МАІА.

Після швидкої багатовимірної оцінки (і, якщо потрібно, додаткового аналізу), пропонується відповідь щодо потреб людини (інформація, керівництво, здійснення допомоги, послуг, пільг) . Насправді це інтенсивний метод супроводу.

Така координація втручань із людьми похилого віку, які втрачають автономність, сприяє догляду вдома якнайдовше та за найкращих умов.

Слід сказати, що МАІА вивчає ситуацію і налагоджує координацію допомоги, яку надають різні фахівці та структури, однак МАІА не займається прийомом пацієнтів. Це виключно трансдисциплінарна робота.

МАІА - це метод, заснований на спільному робочому процесі.

МАІА орієнтовані на людей віком від 60 років, що мають когнітивні порушення та втрату автономності, часто через нейродегенеративні захворювання.

Повинні бути присутні 3 критерії, щоб обґрунтувати подальші дії координатора випадку МАІА:

- Нестабільна ситуація (проблеми функціональної автономії, в медичній галузі та самостійності прийняття рішень);
- Недостатня або неадаптована допомога та догляд;
- Жодна ресурсна особа чи близьке оточення не може налаштувати та координувати супровід у тривалому періоді.

Якщо 3 критерії підтверджені, МАІА встановлюють підтримку на різних рівнях:

- на рівні найвразливіших осіб. Оточення (сім'я, друзі, сусіди ) також може сприяти цій підтримці.

- на рівні самозайнятих спеціалістів (медичних та фельдшерських), а також служб та закладів охорони здоров'я (лікарняний центр, психіатрична лікарня, геріатричний центр), соціальних (наприклад, пенсійний фонд, медичне та взаємне страхування, CCAS, CMS, служба опіки) та медико-соціальні служби у невеликих населених пунктах.

Пілот ( керівник платформи) МАІА відповідає на місцевому рівні за координацію методу МАІА та забезпечення координації втручань кожного з учасників на розглянутій території.

Ведучий чи координатор випадку є референтом для складних ситуацій. Він реалізує індивідуальну підтримку для людей похилого віку, часто після звітування фахівців. Координатор випадку - це зв'язок між особою, яка потребує супроводу, її лікуючим лікарем та різними професіоналами.

Керівником проекту повинна бути структура або некомерційна організація, здатна на розглянутій території мобілізувати місцеві служби : відділ Департаментської ради (колишня CMS), комунальний центр соціальних дій (CCAS), місцевий інформаційний та координаційний центр (CLIC), мережі охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я, неприбуткові організації, що займаються адвокацією прав пацієнтів.

Щоб забезпечити ефективну взаємодію, МАІА покладається на використання трьох інструментів:

1. Багатовимірна форма аналізу (FAM): вона дозволяє швидкий аналіз ситуації та пряме звернення до служби, або втручання координатора випадку для подальшої оцінки та інтенсивного подальшого спостереження;

2. Індивідуальний план обслуговування (ISP): він використовується для визначення та планування всіх втручань, передбачених для особи у складній ситуації;

3. Спільні інформаційні системи: для забезпечення безперервності догляду інформація надходить до всіх, хто бере участь у підтримці.

Розуміння важливості такої роботи для літніх людей у Франції прийшло приблизно за 10 років, судячи із дат досліджень та активного включення у ці процеси страхових компаній, як державних так і асоціативних.

В Україні такі програми та їх фінансування поки що відсутні.

#### **1.4 Від теоретичних викладів української геронтології до щоденного життя та браку ресурсів для літніх людей**

Українська геронтологія має цілу плеяду науковців, котрі вивчали теорії старіння. Назвемо серед них відомого фізіолога та геронтолога В.В. Фролькіса та В.М. Дільмана. Теорія В.В.Фролькіса носить назву адаптаційно — регуляторної і полягає в тому, що віковий розвиток і тривалість життя визначаються балансом двох процесів: поряд з руйнівним процесом старіння розгортається процес "антистаріння", для якого Фролькіс запропонував термін "вітаукт" (лат. Vita - життя, auctum - збільшувати) .

В.В. Чайковська розкриває особливості геріатричної допомоги в Україні та обумовлює необхідність категоризації старіючого населення у зв'язку з передбаченням профілактичних заходів у залежності від функціональних показників. Аксьонова С, К. Б., Курило О, Л. Е., & Полякова С. пишуть про подолання труднощів, що виникають у зв'язку із старінням українського населення і створення умов за яких виникнення подібних труднощів гальмується або ж попереджається. У працях Ф. Бородкіна, О. Генералової, Д. Неваєвої, С. Оксамитної, Д. Сапонова, А. Смолькіна, В. Хмелько

проаналізовано проблему соціальної ексклюзії осіб похилого віку, її чинників, наслідків, методів вимірювання й засобів усунення.

Ю.Павлова значну увагу приділяє кореляції між фізичною активністю літніх людей та їх якістю життя. На її думку, важливим чинником є також можливість навчатися новому у будь-якому віці, тож багато уваги у її останніх роботах надано університетам третього віку.[17]

Та для початку процитуємо кілька журналістських штампів, котрі вживаються у вітчизняних медіа для позначення поняття "літня людина".

Ведучі різноманітних телепередач, вживаючи термін "пенсіонер/пенсіонерка", впливають на масову свідомість, та стирають особистісні характеристики. Відповідно, інформаційні матеріали переважно фокусують увагу на сприйняття "пенсіонерів" як незахищеної частини суспільства та стосуються тем "підвищення розміру пенсії за віком", "вимоги міжнародного банку до пенсійної реформи: коли українці будуть виходити на пенсію", "Україна заборгувала 8 млрд громадянам, які виграли суди щодо перерахунку пенсій", "стало відомо, скільки українці живуть на пенсії", "соціальні пільги /послуги пенсіонерам (+ ветеранам)", "бідність на пенсії", "турбота органів влади про пенсіонерів (+ ветерани, люди з інвалідністю)", "пенсіонери, ветерани під захистом держави: діяльність закладів...", "пенсіонери і далі будуть безкоштовно їздити..." та ін.

Якщо ж звернутися до публікацій волонтерських організацій, котрі висвітлюють свою діяльність у роботі з літніми людьми, ми помітимо, що тут теж йдеться про допомогу, але ця допомога спирається на все сильне та позитивне у цих людях і наголошує на відновленні. Автор посту, наведеного нижче, оперує сучасними поняттями та "переплавлює" їх в уявлення про індивідуальні прояви, що вказують на реальну поведінку, соціопсихологічні особливості чи статеvu приналежність.



"В період підготовки до новорічних та різдвяних свят співробітники HelpAge Ukraine - Представництво HelpAge International в Україні організували святкові заходи та майстер-класи у шести Центрах Громадського дозвілля для людей похилого віку у Донецькій області з дотриманням усіх заходів безпеки, щодо протидії розповсюдженню коронавірусної інфекції. Ці заходи проходили в рамках проекту "Інклюзивна гуманітарна допомога на основі захисту та допомога у відновленні для літніх жінок та чоловіків, включаючи осіб з інвалідністю, постраждалих від триваючого конфлікту на Сході України", який реалізується з вересня 2020 року за фінансової підтримки Office of U.S. Foreign Disaster Assistance

В рамках проекту волонтери НАІ здійснюють домашні візити до маломобільних та немобільних людей похилого віку та організовують діяльність Центрів Громадського Дозвілля для активних жінок та чоловіків похилого віку. Бенефіціари проекту отримують від волонтерів спільноти психосоціальну підтримку, доступ до необхідної інформації, здійснюються перенаправлення в інші організації і державні структури. Планується надання багатоцільової грошової допомоги, проведення дистрибуцій непродовольчих товарів і допоміжних пристроїв для найуразливіших людей похилого віку серед бенефіціарів проекту. Усі активності спрямовані також на зниження соціальної ізоляції цих людей ."[18]

Слід підкреслити важливість використання лексики, котра вживається європейською спільнотою - це є своєрідною можливістю кращого порозуміння та реалізацією права літніх людей на недискримінацію.

Принцип недискримінації означає, що всі права гарантуються кожній людині, без будь-якої різниці, виключення або обмеження з причин інвалідності або за іншими ознаками. В його основі лежать наступні постулати:

- 1) забезпечення рівності прав і свобод осіб та/або груп осіб;

- 2) забезпечення рівності перед законом осіб та/або груп осіб;
- 3) повага до гідності кожної людини;
- 4) забезпечення рівних можливостей осіб та/або груп осіб [19].

Принципи рівності та недискримінації деталізовані в нормах і положеннях національного законодавства. Зокрема, вони закріплені в нормах статей 21 та 24 Конституції України, згідно з якими усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах, мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом, а надання привілеїв чи обмежень за будь-якими ознаками заборонено.

В Україні у 2013 р. створена система надання безоплатної правової допомоги. Цей фактор мав би враховуватися для адвокації прав людей похилого віку.

Разом з тим, літні люди у численних випадках піддаються дискримінації та обмеженням у соціумі. Через епідемію особам, старшим за 65 років, майже повністю заборонили виходити на вулицю, але ж багато з них не мають людей, які можуть про них піклуватися.

Про ейджизм пише Уляна Супрун, юристи правозахисних організацій, медична журналістка Дарка Озерна. Короткометражка українських авторів показує вплив ейджизму на наш соціальний статус та можливість самореалізації.

<https://youtu.be/KU1ZYuUIrBc>

Національна служба здоров'я України зазначає, що у прагненні допомогти головне не переходити межу вікової дискримінації. Тож, аби надати психосоціальну підтримку найстаршому поколінню, необхідно пам'ятати про декілька важливих речей:

1. Вік 65+ не є синонімом безпорадності та немочі.

2. Необхідне формування позитивного ставлення до осіб старшого віку.
3. Розширення їхніх можливостей, щоб допомогти зберегти автономію та гідність.
4. Допомога не з позиції переваги, а з позиції турботи.

5. Залучення до спільної діяльності людей старшого віку з представниками різних поколінь. Цього можна досягти завдяки використанню звичайного мобільного телефону, повсякденного спілкування вдома, відвідування заходів у відкритому просторі. Фізична дистанція не те саме, що соціальна ізоляція.

На особливу увагу заслуговує перевищення більш ніж удвічі показників захворюваності населення, старшого за працездатний вік у порівнянні з населенням працездатного віку, встановлене за результатами комплексних

медичних оглядів, на відміну від офіційних показників поширеності хвороб за даними звертань за медичною допомогою. При цьому серед сільських мешканців, старших за 70 років, це перевищення становить 6,4

рази. Згідно з даними Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН

України, за станом здоров'я понад 43% населення старше працездатного

віку (майже 42% міських і 45% сільських мешканців) потребують періодичного медичного нагляду і профілактичних реабілітаційних заходів, майже 41% (43% у містах і понад 37% у селах) — активного медичного нагляду і відновлювального лікування, близько 10% (майже 11% та 8% відповідно) — інтенсивного стаціонарного лікування з подальшою

низкою заходів медико-соціальної реабілітації, більше 6% (понад 4% та майже

10% відповідно) — постійної щоденної медичної та соціально-побутової

допомоги у повному обсязі. Серед населення, старшого за 70 років, понад 18% осіб потребують щоденної соціально-побутової допомоги, 82% постійно приймають ліки; а серед осіб, старших за 80 років, 20% потребують спеціалізованої психіатричної допомоги.

Потреби населення похилого віку в амбулаторній терапевтичній і спеціалізованій консультативній допомозі не задовольняються у середньому

на 47,0%; у реабілітаційному поліклінічному лікуванні — на 81,0%; в організації стаціонарів вдома — на 71,1%. [20]

## **1. 5 Опис законодавчих документів, що дають нові можливості для піклування про здоров'я літніх людей в Україні.**

В процесі дослідження ми проаналізували законодавчі документи, що мають за мету створити належні умови для роботи з людьми літнього віку. Орієнтиром у медичній реабілітації маємо Закон "Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я"

03 грудня 2020. (<https://www.rada.gov.ua/news/Novyny/200366.html>)

У наданні превентивних послуг можемо опиратися на Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні та на Національну стратегію

з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація" [21]

У Програмі медичних гарантій цього року медичну реабілітацію виділили в окремий напрям. І вперше передбачили на цей вид допомоги окремий бюджет. Ця медична послуга покликана допомогти людині у відновленні порушених чи втрачених фізичних навичок, та пристосуватися до нових умов життя після лікування.

На медичну реабілітацію у бюджеті Програми медичних гарантій-2021 передбачено понад 1,8 мільярда гривень. Помісячно цю суму збільшено на 1 175 гривень. З 1 квітня вона становитиме 7 тисяч 729 гривень. Тариф визначається як глобальна ставка на місяць, яка враховує кількість пацієнтів, яким була надана відповідна медична допомога у минулому році. [22]

З реалізацією Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні розпочався перехід від вертикального управління, коли більшість закладів громадського здоров'я були в підпорядкуванні МОЗ, до децентралізованої моделі системи громадського здоров'я, коли заклади громадського здоров'я передаються в управління органам місцевого самоврядування і при цьому зберігається фінансування з державного бюджету.

Необхідність впровадження рухової активності для первинної профілактики хронічних неінфекційних захворювань та фізичної реабілітації; запровадження практики призначення лікарями, у тому числі сімейними, рухової активності як дієвого засобу зниження ризику неінфекційних захворювань; надання консультацій з питань використання оздоровчої рухової активності; удосконалення в цій частині підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників [23] підкреслює Національна стратегія оздоровчої рухової активності.

Цей документ передбачає очікуваним результатом "збільшення щороку

на 1% кількості громадян, які мають достатній рівень оздоровчої рухової активності, ведуть здоровий спосіб життя та характеризуються низьким ризиком розвитку неінфекційних захворювань, насамперед серцево-судинних."

Одним із важливих юридичних документів, котрий наближає українську сферу соціальних послуг до її європейських аналогів є Закон "Про соціальні послуги" 01.01.2020

Раніше ціллю надання соціальних послуг було лише подолання складних життєвих обставин, тепер додано ще дві цілі, а саме:

їх профілактику та мінімізацію. У світлі нової цілі профілактики було додано і другу категорію осіб, які належать до отримувачів соціальних послуг, а саме вразливі групи населення. До таких груп належать тепер особи/сім'ї, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх чинників.

Чи можемо ми віднести до групи ризику літніх людей? Так.

Через складні матеріальні обставини? Так. Через соціальну ізоляцію? Так.

Через фізичні та психологічні обмеження? Відповідь знову буде так.

Розширено перелік підстав для розгляду питання про надання соціальних послуг, зокрема такою підставою є повідомлення третіх осіб про необхідність надання особі соціальних послуг (ст.19 Закону). Раніше такою підставою було виключно звернення особи чи її законного представника. Тобто тепер на повідомлення будь-якої особи про необхідність надання особі соціальних послуг надавачі та державні органи повинні належним чином

відреагувати. Більше того деякі особи зобов'язані звернутися за наданням соціальних послуг для потребуючої особи. Мова йде про сімейних лікарів, які повинні подати заяву про надання соціальних послуг стосовно особи, яка за станом здоров'я не спроможна самостійно прийняти рішення про необхідність надання їй соціальних послуг (ч.3 ст.19 Закону)

У разі необхідності до оцінювання потреб особи/сім'ї у соціальних послугах залучаються медичні, педагогічні працівники, психологи, реабілітологи, ерготерапевти та інші фахівці.

У законі також визначено, що соціальні послуги можуть надаватися у центрах зайнятості, закладах охорони здоров'я, освіти, культури тощо.

Отже, міжвідомча співпраця та створення умов для роботи мультидисциплінарних команд виглядає у цьому контексті дуже реалістично.[24]

\

## **Розділ 2**

### **Методи та організація дослідження**

- Аналіз та узагальнення літературних джерел.
- Аналіз законодавчої бази та медико-статистичних даних.
- Інтерв'ювання цільових груп.

Аналіз та узагальнення літературних джерел, що стосуються превентивних програм у ерготерапії допоміг оцінити масштабність цієї роботи у Франції, та усвідомлення злагоджених дій різноманітних інституцій, що пропонують догляд вдома.

Актуальність даної роботи була сформульована після ознайомлення

недавніх медико- статистичних даних в Україні.

Напівструктуровані індивідуальні інтерв'ю стали пріоритетними з метою сприяння збору оцінок та свідчень характерних для кожного українського респондента. Нам важливо було вибрати стандартизовану методику й індивідуальний підхід для того, щоб мати змогу розповісти про середовище та заняття опитаних людей. В опитуванні українських респондентів ми користувалися модифікованим модульним ерготерапевтичним опитувальником, призначеним для людей літнього віку (*Hadj KALFAT et Hervé BRUTINEL*, 2003), <http://hadj.kalfat.free.fr/BME2.htm> перекладеним українською.

Французький сегмент опитування проводився за допомогою інструментів Google та стосувався адаптації житла щодо ризиків падіння та фізичної й інтелектуальної активності.[Додаток А]

Розподіл учасників за статтю. Тут є 8 чоловіків та 26 жінок цільової групи із Франції та України. Підкреслимо, що сильна фемінізація пояснюється принципом добровільної участі.

Вік і сімейний статус. Вік людей, яких ми зустрічали, коливався від 60 до 90 років. Їх відповіді дуже різні щодо значимих занять, та соціальних зв'язків. Але і в Франції і в Україні дуже важливе місце займають відносини з сім'єю..

## 5. Метод аналізу

Ми обрали аналіз вмісту (без програмного забезпечення), крім двох



відповідей із французького сегменту опитування ( про доступність житла та консультацій з професіоналами).

Кожне записане інтерв'ю було проаналізовано дослідницею, яка проводила інтерв'ю через певний час (2 — 4 місяці)

Цей метод дозволяє мінімізувати такі труднощі:

- дуже різні вербальні та невербальні манери комунікації у різних людей;

- слова, які іноді плутають, оскільки вони сповнені емоцій;

- коментарі, які іноді деконтекстуалізовані або суперечливі того ж інтерв'ю.

Виявлено уявлення про старість, можливість "наповненої" старості ( участі) та роль близького оточення у процесі старіння.

Опитування ерготерапевтів проводилося для експертної оцінки їх превентивної діяльності. Троє професіоналів, які працюють у різних роботодавців , бажали відповісти на наші питання анонімно. Їх досвід та аналіз здаються досить схожими.

**IV Розробка пам'ятки для лікарів ЗПСЛ котрі мали би констатувати потребу пацієнта у реабілітаційних послугах соціального чи медичного характеру.**

**IV. 1 Аналіз опитування цільових груп.**

1Порівняємо результати опитування, проведеного нами у цільових групах серед французьких респондентів та українців (люди, що зголосилися на опитування за ознакою віку 60 років і більше).

В опитуванні українських респондентів ми користувалися

модифікованим модульним ерготерапевтичним опитувальником, призначеним для людей літнього віку перекладеним українською мовою (Додаток Б)

Для опитування французького сегменту в умовах пандемії було створене опитування з допомогою інструментів Google

Ерготерапевтичне модульне опитування заохочує фахівців та опікунів брати участь у оцінці заняттєвої активності у людей похилого віку для протидії негативним наслідкам зневаги, заниженої самооцінки та підтримки вираження своїх почуттів. Завдяки цьому інструменту взаємодії літні люди відповідають на питання, над котрими вони не так часто задумуються, ми робимо їх уважнішими до їх життєвого середовища .

Почнемо з доступності.

70% французьких респондентів (14 із 22) вказують, що у них добре освітлені сходи. 45% (9 із 22) мають встановлені італійські душі ( італійський душ - це душева кабіна, що дозволяє людині з обмеженою рухливістю або людині похилого віку продовжувати безпечно та самостійно митися вдома. Вона не передбачає бар'єрів ні піддонів, та є справді доступною). 40% мають протиковзальні килимки , 30% ручки та опори при вході в душ.

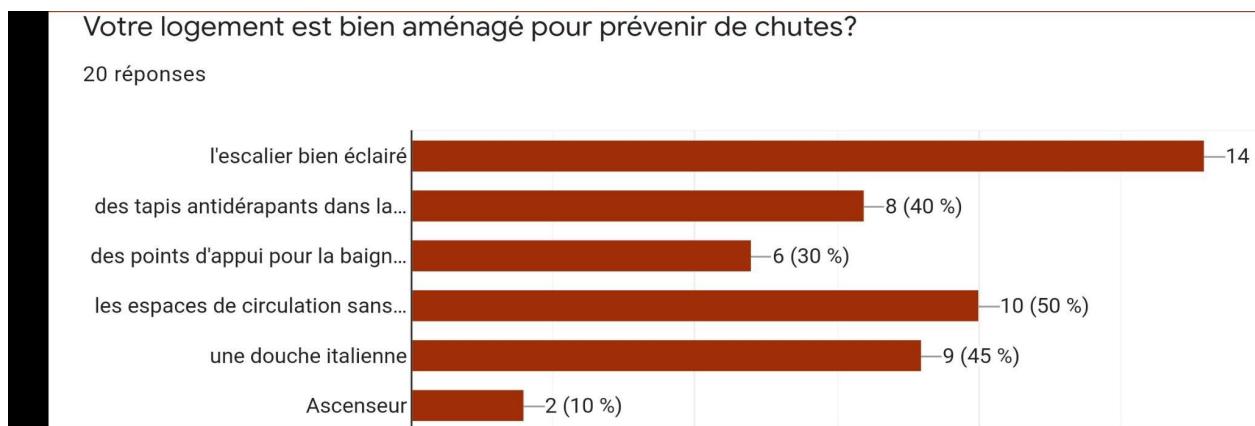


Рис.4.1. Доступність житла французьких респондентів.

33% українських респондентів проживають у багатоповерхівках та мають

наступні зауваження до сходових маршів "освітлення часткове", "тьмяне освітлення", "немає автоматичного освітлення". У власних будинках двоє вказують про внутрішні стрімкі сходи. Одна з респонденток травмувалася на "слизьких сходах" власного будинку.

Оцінку 3 із 5 за доступністю ванни поставили 41% учасників (5 із 12). Крім того ванні кімнати українців мають недостатнє опалення.

Про комфортну температуру у ванній вказують 50 % (6 респондентів).

33% оцінюють опалення ванної кімнати на 3. 12 % вказують, що ванна не має опалення ( користуються переносними обігрівачами). Пані Розалія (62 роки) "людина хоче мати тепло в хаті. Температура у приміщенні взимку від 10 до 20 градусів. Субсидія не покриває розходів на паливо."

Цікавими є результати щодо *значимих занять*. 50% українських опитуваних займаються улюбленою справою поза межами дому. Із другої половини 2 людей віком до 70 років не мають хобі поза домом бо:

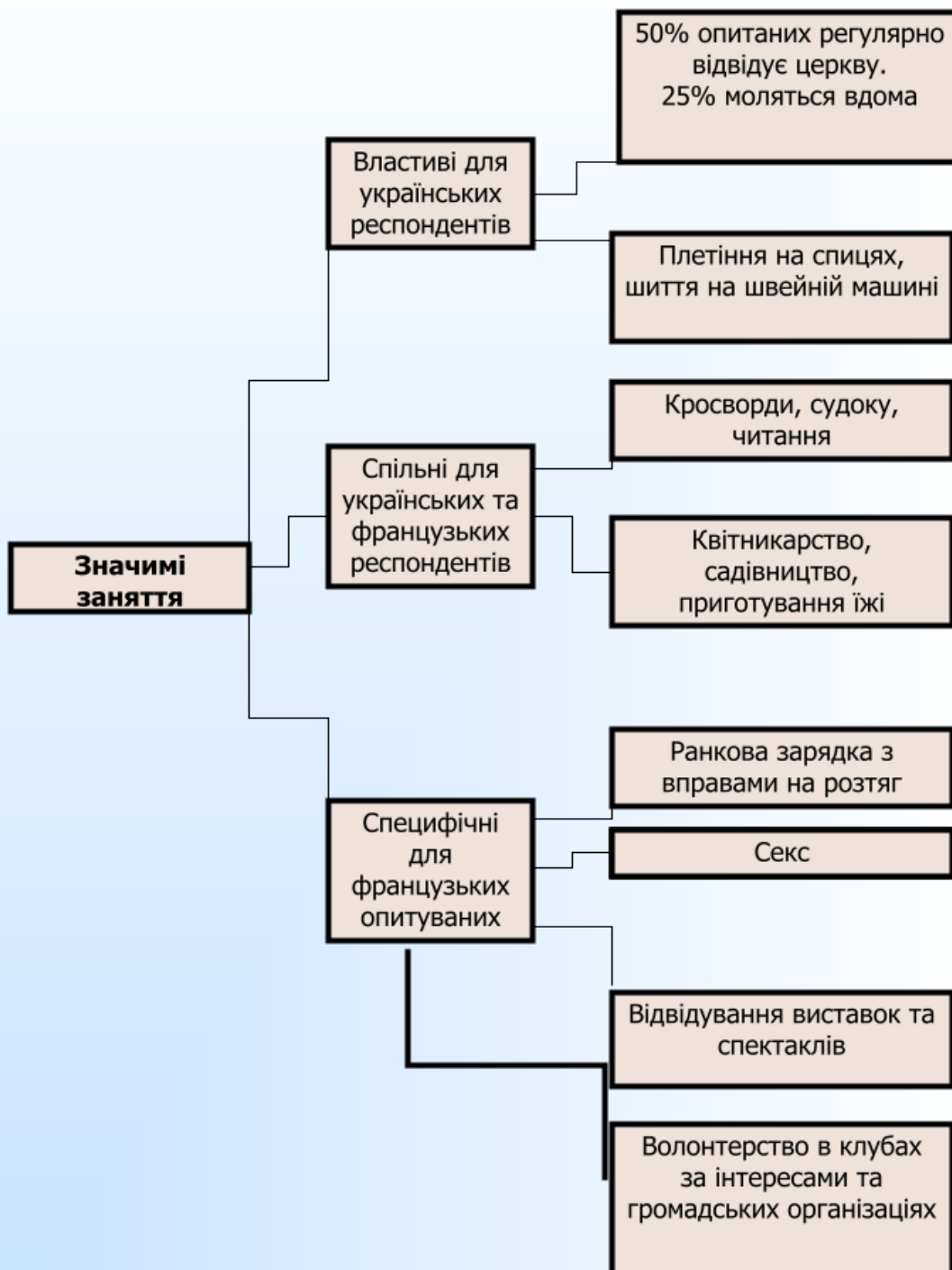
- мають внуків;
- ще працюють;
- мають домашнє господарство.

Слід відзначити, що французькі опитувані не вважають, що внуки якимось чином можуть перешкоджати їх заняттям улюбленою справою поза домом.

Узагальнені результати продемонстровані у таблиці 4.2.

*Таблиця 4.2.*

# Значимі заняття



Серед цих занять вони називають:

- креативні майстерні;
- танець;
- прогулянки на свіжому повітрі.

Поради, котрі дають французькі опитувані для своїх ровесників, що прагнуть мати здорову старість:”бути позитивними, частіше посміхатися, любити людей, не застрягати в рутині”.

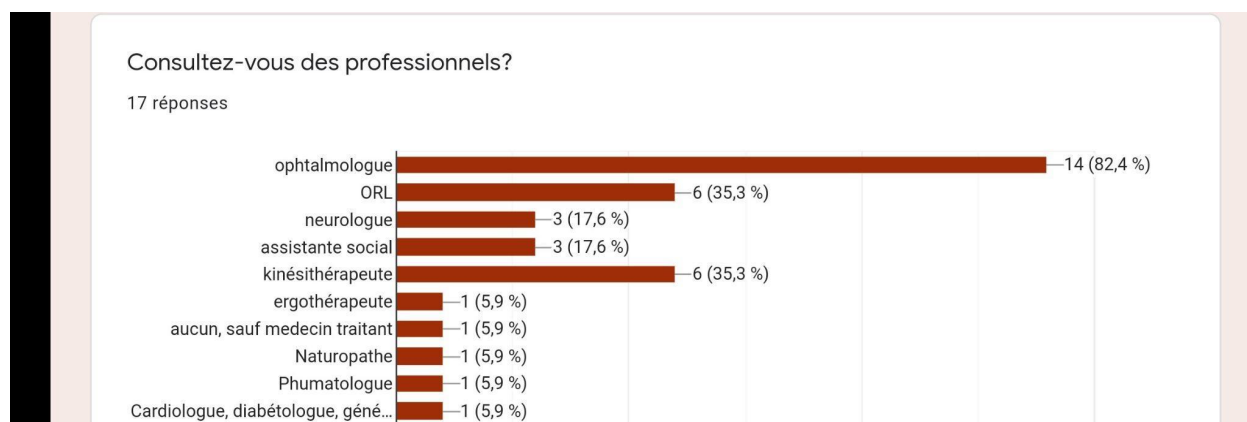
87 -річна українка зазначила, що її рятує почуття гумору та “ три корови, коти й собака” бо з ними їй ніколи сумувати та чути самотньою.

Щодо медико - соціального супроводу.

82% французьких респондентів консультуються з офтальмологом.

35% час від часу працюють з кінезітерапевтом (фахівець з фізичної терапії).

17,6% відвідують соціальних працівників.



**Рис.4.4.Медико-соціальний супровід французьких респондентів.**

25% українських опитуваних згадали про сімейного лікаря.

15% кажуть про роботу з фізичним терапевтом.

15% відвідує вдома медсестра. У коментарях опитувані згадують про біль різного характеру, п. Галя, 72 роки "долаю біль бо звикла жити з болем".

Одну 87-річну пані щотижня відвідує священник.

Про соціальні послуги ніхто із опитуваних не надав жодного відгуку.

Часто присутнє заперечення болю та відмова від відвідування фахівців через гроші.

Таблиця 4.5

**Узагальнена порівняльна таблиця.**

Доступність	<b>Україна</b>	<b>Франція</b>
	Житло неадаповане до функціонального стану.	4 види фінансової та кредитної допомоги для адаптації житла, що походять від різних інституцій
Значимі заняття	<b>Важко формулюється відповідь про улюблене заняття</b>	<b>Відповіді різноманітні лексично та заняттєво</b>
	В основному заняття, що виконуються вдома. Корисні для близьких	Заняття, що спрямовані на попередження занепаду
Соціальні зв'язки	<b>Сім'я</b>	<b>Сім'я</b>
	Церква, близькі сусіди	Громадські організації, друзі
Важливість здорового харчування	<b>Недостатня поінформованість про шкідливі компоненти у їжі з супермаркетів</b>	<b>Інформація про співвідношення жирів , білків, та вуглеводів у соціальній рекламі</b>
	Крайнощі: або недостатня	Соціо - культурні навички, що

	увага до їжі або м'ясні страви і ковбаска щодня.	запобігають зайвій вазі

#### **IV. 2 Завдання превентивної роботи сімейного лікаря та її делегування в умовах реформи.**

Характеризуючи роботу української медичної галузі за сьогоднішніх умов, ми наголошуємо на важливості розуміння процесу реформування та ролі його учасників, а також можливостей взаємодії.

Уляна Супрун пише: "Зміна системи фінансування медицини зробила медзаклади незалежними, а саме комунальними некомерційними підприємствами, власниками яких є громади. Так, лікарні більше не отримують гроші за субвенцією за кількістю ліжок чи персоналу, а за реально надані медичні послуги громадянам. Для цього укладають договори з НЗСУ на надання різних медичних послуг за пакетами, та отримують за це кошти від НЗСУ за однаковими тарифами для всіх. Що кращі і якісніші медичні послуги надають, то більше коштів отримує медзаклад. Ось це і є роль трансформації системи. Натомість за розвиток та покращення умов та якості надання послуг відповідають громади, зокрема місцева влада. Тепер це не відповідальність абстрактної "держави", як це було в Совецькому союзі.

Тому коли говорять про "погану медицину" водночас, не виконуючи свої повноваження, аби її покращити та розвивати — це виглядає щонайменше сумно."[25]

Виділимо основні напрямки роботи лікарів первинної ланки, котрі мали

би констатувати потребу пацієнта у реабілітаційних послугах соціального чи медичного характеру.[Богдан et al., 2019]

Функціональні обов'язки, які покладаються на лікарів ЗПСЛ відповідно до національних концепцій/стратегій у різних сферах охорони здоров'я .

На рівні пацієнта .

Основні завдання[26 ]

Надання первинної допомоги, невідкладної допомоги, ведення випадків з кількома захворюваннями.

Оцінка потреб та соціальних обставин пацієнта

Організація безперервної медичної допомоги

На рівні громади. Оцінка епідемічних ризиків

Просвіта щодо здоров'я, пропагування здорового способу життя.

Організація щеплень.

Координація допомоги з іншими її рівнями та видами.

Участь в організації медико-соціальної та психологічної допомоги.

Громадське здоров'я[27]

Розширення повноважень щодо надання послуг у сфері громадського здоров'я – від профілактичних до паліативних .

Аналіз стану здоров'я населення. Масова профілактика захворювань  
Участь у санітарно-просвітницькій роботі. Навчання з питань здорового способу життя . Координація та проведення спільних заходів.

Як бачимо вище, сімейний лікар і на рівні пацієнта і на рівні громади має ряд превентивних завдань, але на практиці ця робота знецінена і знівельована. Дослідження розподілу робочого часу шляхом хронометражу продемонструвало, що під час амбулаторного прийому майже 40% часу витрачається на ведення медичної документації, натомість лише 3% часу присвячено профілактичним і реабілітаційним послугам [28]



На нинішній день маємо ще й значне перевантаження сімейних лікарів через пандемію Covid – 19. Розглянемо ті можливості, котрі надаються до співпраці у команді лікар - ерготерапевт - соціальний працівник — медсестра — доглядальник чи член сім'ї у конкретному клінічному випадку, наведеному у швейцарському медичному журналі.

80-річний пацієнт, відомий хронічним обструктивним бронхітом, гіперхолестеринемією та високим кров'яним тиском, приходять за рецептом для поповнення аспірину 100 мг / добу, лізиноприлу 20 мг / добу, оксазепаму 15 мг / добу ввечері, аторвастатину 20 мг / день.

Історія

Особливо корисно для пацієнта геріатричного типу оцінити можливі розлади *пам'яті чи когнітивних функцій (наприклад, за Мініментал - тестом)*, а також його / її *ризик падинь та його функціональної залежності*.

В анамнезі буде корисно оцінити будь-яке нетримання сечі (*один із факторів ризику падіння, особливо в нічний час доби*), та не пропустити оцінку різних систем, включаючи дискомфорт через можливу статеву імпотенцію (*якість життя*).

*Скринінг на депресію* можна зробити за допомогою двох запитань Aroll [29] (чутливість до скринінгу депресії 97%, специфічність 67%):

- а. за останні два тижні ви відчували сум, депресію, песимізм?
- б. протягом останніх двох тижнів у вас не було менше інтересу чи задоволення від діяльності, яка зазвичай вам подобається?

У способі життя слід забезпечити споживання кальцію та вітаміну D та заохочувати *підтримку фізичної активності* ([www.paprica.ch](http://www.paprica.ch)).

Медичний огляд

Оцінка зору і слуху стає важливою в цьому віці.

Вказівки на різні способи лікування можуть бути переглянуті на основі допоміжних засобів, що відпускаються за рецептом. Тут, зокрема, призначення статинів може бути повторно обговорено, як і призначення бензодіазепінів.

Слід серйозно обговорити це ще раз *через ризик падінь*, пов'язаних із віком та спричинених цими речовинами.

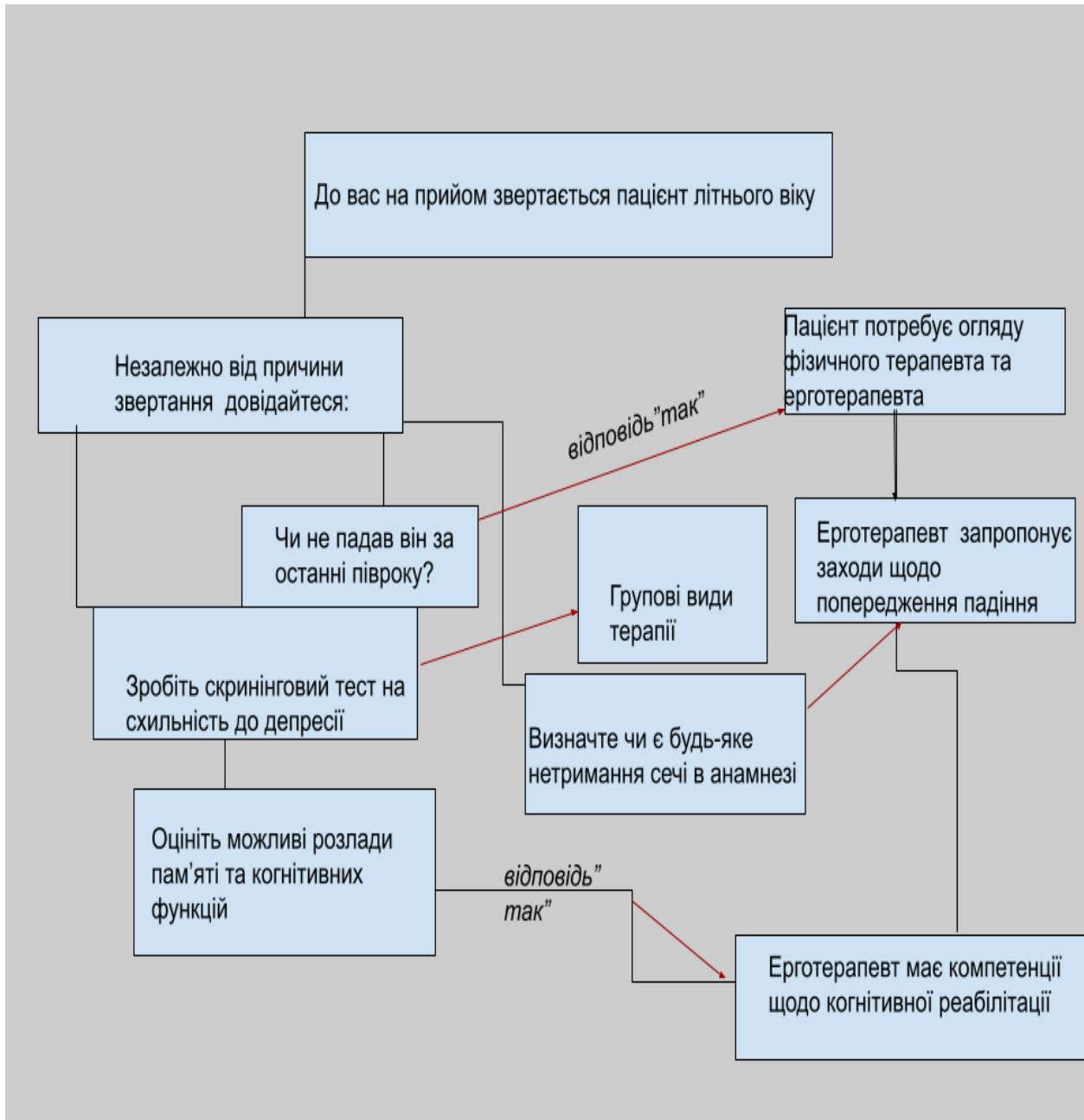
### Вакцинація

У цього пацієнта, окрім перевірки його щеплення, мова піде про заохочення його щороку практикувати вакцину проти грипу.[30]

Як бачимо вгорі, все, що виділено жирним шрифтом належить до компетенції ерготерапевта. Під самостійною роботою ерготерапевта розуміємо компетентність у визначенні обмежень та вмінні знайти індивідуальні підходи до їх подолання. А також виявлення ініціативи у розв'язанні тих завдань, що виникають у повсякденному житті.

Щоб побудувати модель співпраці між сімейним лікарем та ерготерапевтом в українських реаліях, потрібно ознайомитися з правовою базою, регулярно доповнювати її та використовувати ті можливості, що вже створені на нинішній день. Ми створили інфографіку для сімейних лікарів, котрі мають у своєму списку пацієнтів літніх людей. Нагадуємо, що нетримання сечі теж є одним із можливих факторів ризику падіння.

## Компетенції ерготерапевта щодо превентивних заходів.



*Рис.4.6* Коли лікар сімейної практики дає направлення до ерготерапевта. Більшість лікарів звикли до "традиційних" (ізолюваних) синдромів (одна причина— багато відповідних проявів) — артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності тощо. В геріатрії — все з точністю до навпаки. Приклад:геріатричний синдром падіння — людина падає (один прояв), а

причин тому може бути безліч (гіпо- і гіперглікемія, атеросклеротична гіпотензія, артрит, гостре захворювання, побічна дія лікарських препаратів тощо). В результаті цих причин третина людей у віці старше 65 років щорічно переживають падіння, 50% з них — неодноразово; у геріатричній когорті падіння є основною причиною смерті від травм, вони зумовлюють 10% звернень до лікаря, 6% ургентних госпіталізацій. 1 з 10 падінь призводить до серйозних ушкоджень: перелому шийки стегна та інших локалізацій, субдуральних гематом та інших ушкоджень голови, серйозних ушкоджень м'яких тканин. Для уникнення падінь необхідно насамперед встановити етіологічні фактори, а також розглянути можливість перегляду схеми медикаментозного лікування, застосування фізичних методів лікування, за необхідності залучення додаткових пристосувань, забезпечити безпеку вдома. [31]

М'язова рухова активність безперервно супроводжує усі вияви людської життєдіяльності. Тому питання безпеки вдома в ерготерапії є одним із ключових. Та коли людина рухалася у себе вдома у 2016 році (рік проведення конгресу), такого фаху, затвердженого в українському правовому полі ще не існувало.

За даними багатьох досліджень, соціально-економічні чинники є вагомими детермінантами здоров'я і можуть мати більше значення, ніж чинники, пов'язані зі способом життя, медичним обслуговуванням та навколишнім середовищем[32]. Соціальні працівники є тим кадровим ресурсом, до якого можна адресувати "соціальний бік хвороби". У різних країнах вони присутні у всіх закладах континууму надання медичної допомоги, включаючи профілактику та громадське здоров'я, первинну ланку, невідкладну допомогу, спеціалізований догляд, реабілітацію, догляд удома, тривале лікування та хоспіси. У світовій практиці соціальні працівники є частиною

мультидисциплінарних команд. Працюючи з лікарями, медсестрами та іншими суміжними медичними працівниками, вони відповідають за соціальні та емоційні аспекти, які можуть мати вплив на стан здоров'я пацієнта.

Зараз в Україні, в період реформування охорони здоров'я та соціальних послуг, з'явилась унікальна можливість реалізувати структурні зміни, зокрема розширити участь соціальних працівників [Богдан et al., 2019]

Окремі послуги, визначені в Законі як соціальні, можуть вважатися соціально-медичними послугами. Наприклад, послуги, які стосуються роботи з хворими, або профілактичні послуги. Відповідно до Закону, цільові групи отримувачів соціальних послуг включають осіб похилого віку, осіб з частковою або повною втратою рухової активності, пам'яті, осіб з невиліковними хворобами чи хворобами, що потребують тривалого лікування, осіб з психічними та поведінковими розладами, в тому числі внаслідок уживання психоактивних речовин, осіб з інвалідністю тощо. Цікаво, що в попередньому Законі "Про соціальні послуги"

(від 2003 р) [33] поняття соціально-медичних послуг було визначено як "консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія". Таке визначення також не відображає сучасного трактування медико-соціальної роботи і можливої ролі соціального працівника в ЗОЗ. Соціальна робота в українських ЗОЗ може мати такі форми: запровадження посад соціальних працівників у штаті медичного закладу; офіційна співпраця між ЗОЗ та державною установою, яка надає соціальні послуги; офіційна співпраця між ЗОЗ та громадською організацією, яка надає соціальні послуги; епізодичні соціальні інтервенції[34].

Отож чим швидше і гнучкіше лікарі сімейної практики почнуть делегувати

повноваження своїм новим колегам, беручи до уваги при цьому конкретні обставини, в яких перебуває той чи інший пацієнт, тим краще в Україні почне працювати пацієнтоцентричний підхід.

## **Висновки.**

1. Аналіз та узагальнення літературних джерел дає можливість оцінити масштабність превентивної роботи у Франції, та усвідомлення злагоджених дій різноманітних інституцій, що пропонують догляд вдома.

Суспільство вживає сучасні науково-технічні інновації щодо адаптації громадських просторів та житлового сектору для покращення доступності.

Ерготерапевти співпрацюють зі страховим сектором, компаніями, що пропонують догляд вдома та Національним агентством житла ( ANAH).

Франція впроваджує вже другий “Національний план по боротьбі з хворобою Альцгеймера”.

2. Торкаючись можливостей впровадження превентивних програм у практичну діяльність ерготерапевтів в Україні, нагадаємо про центри соціальних послуг та університети третього віку.

3. Варто підкреслити, що превентивні заходи українських ерготерапевтів мають поодинокий характер та реалізуються здебільшого таким чином:

- публікації для широкого загалу " Попередження падіння";
- модифікація способів виконання заняттєвої активності;
- підбір асистивних технологій.

4. Діяльність ерготерапевтів в Україні є незрозумілою поки що навіть для професіоналів. Зараз в Україні, в період реформування охорони здоров'я та соціальних послуг, з'явилась унікальна можливість реалізувати структурні зміни. Окремі послуги, визначені в Законі як соціальні, можуть вважатися соціально-медичними послугами. Наприклад, послуги, які стосуються роботи з хворими, або профілактичні послуги. Відповідно до Закону, цільові групи отримувачів соціальних послуг включають осіб похилого віку, осіб з частковою або повною втратою рухової активності, пам'яті, осіб з

невиліковними хворобами чи хворобами, що потребують тривалого лікування. Тому одночасне реформування медичної та соціальної сфери дає сімейним лікарям, спеціалістам з медичної та соціальної реабілітації велике поле для співпраці.



## Список використаної літератури

1. Стратегия, план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. Европейское региональное бюро ВООЗ : веб-сайт. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthyageing/publications/2012/strategy-and-action-plan-forhealthy-ageing-in-europe,-20122020>
2. Alzheimer's Disease International (ADI) Alzheimer's Disease International (ADI) About Alzheimer's. (2019). *Attitudestodementia*. <https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2019/>
3. Guideline for prevention of falls in older persons, American geriatrics society, British geriatrics society, and American academy of orthopedic surgeons panel on falls prevention. *JAG* 2001;49:664-72.
4. Звіт про розподіл пенсіонерів за розмірами призначених пенсій. Пенсійний Фонд України: вебсайт. URL: <https://www.pfu.gov.ua/2123951-zvit-prorozpodil-pensioneriv-za-rozmiramy-pruznachennya-misyachnyh-pensij-stanom-na-01-07-2020-forma-5-pf/>
5. Ольга Крентовська. (n.d.). *Демографічний чинник старіння населення в реформуванні системи охорони здоров'я України*. [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP\\_meta&C21COM=S&S21P03=FILA=&S21STR=znpnadu\\_2010\\_2](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&S21P03=FILA=&S21STR=znpnadu_2010_2)
6. *Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950–2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019* (p. 22 / 44).
7. C. Arnold et N. Barthélémy " Les allocataires du minimum vieillesse : parcours et conditions de vie ", DREES, Études et résultats, N° 863, janvier 2014
8. Rapport Pinville, Relever le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales, op.cit., p. 6.
9. C. Déchamp-Le Roux, « La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? », *Gérontologie et société*, Hors-série n° 1, 2012, p. 81-91.
10. H. Thomas, *Vieillesse dépendante et désinsertion politique*, Paris, L'Harmattan, Coll. « Logiques politiques », 1996.
11. J. Butler, *Trouble dans le genre : pour un féminisme de la subversion* (1990) Paris, La Découverte, 2005.
12. Morestin, F. & Cauvin, S. (2011). Personnes âgées et adaptation du logement: présentation, résultats et perspectives du projet et de l'étude SADEER. *Gérontologie et société*, 1(1), 141-155. <https://doi.org/10.3917/gs.136.0141>
13. Marisol Touraine, L. R., & Geneviève Fioraso. (n.d.). *Plan Maladie Neuro - Degeneratives Strategie nationale de la Santé*. [https://www.cnsa.fr/documentation/plan\\_maladies\\_neuro\\_degeneratives2014](https://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014).
14. Дік Свааб. (2016). *Ми - це наш мозок* (Hemiro LTD).
15. Н.Ю. Бачинская. (2011). *Болезнь Альцгеймера*. <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2011/2-1/article-449/bolezn-alcgeymera#gsc.tab>

16. Anne Rose. (2020, avril). *Ergothérapeute en ESA*.  
<https://revue.anfe.fr/2020/05/22/ergotherapie-en-equipe-specialisee-alzheimer%E2%80%89-u-n-role-cle-dans-la-coordination-de-soins-necessaire-au-maintien-a-domicile/>
17. Павлова, Ю. (2016). *Оздоровчо-рекреаційні технології та якість життя людини*. ЛДУФК. <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/7668>
18. <https://www.facebook.com/HelpAgeUkraine/posts/1673199432841155>
19. Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні, (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2013, № 32, ст.412)
20. Аксьонова С, К. Б., Курило О, Л. Е., & Полякова С. (2014). Імперативи демографічного старіння. [file:///C:/Users/Guest/Documents/-України\\_Імперативи\\_демографічного\\_старіння-UKR](file:///C:/Users/Guest/Documents/-України_Імперативи_демографічного_старіння-UKR)
21. НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року “Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація.” (2016).  
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14>
22. <https://www.kmu.gov.ua/news/u-programi-medichnih-garantij-zbilsheno-tarif-na-medichni-poslugi-z-reabilitaciyi>
23. (НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ Оздоровчої Рухової Активності в Україні На Період До 2025 Року “Рухова Активність - Здоровий Спосіб Життя - Здорова Нація,” 2016)
24. (Посібник Із Визначення Потреб Населення Об’єднаної Громади у Соціальних Послугах, 2019)
25. СупрунУ. (2020, March 30). Трансформація. <https://suprun.doctor/transformacziya/korotko-pro-pi-dsumki-mediczini-za-2020-rik.html>
26. Зарічкова М.В., Соловійов О.С., Григоруку Ю.М. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників (зміни та доповнення). Випуск 78. Охорона здоров’я. 2015
27. Показник DALY (Disability Adjusted Life Years), або роки життя, скориговані з урахуванням непрацездатності, є показником громадського здоров’я, який характеризує тягар захворювань
28. Кречотень О. М. Оцінка працезатрат лікаря загальної практики / сімейного лікаря на амбулаторному прийомі методом безпосередніх замірів часу через хронометраж / Україна. Здоров’я нації. 2014. № 3. С. 61–67
29. B Arroll N Khin N Kerse *Screening for depression in primary care with two verbally asked questions : Cross sectional study. BMJ 2003 (327) [Medline]*
30. Johanna Sommer, D. M. H., Jean-Paul Humair, J. C., & Lilli Herzig, A. G. (n.d.). *Enseignement*

*de recommandations pour la pratique : la prévention et le dépistage.*  
<https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-430/Enseignement-de-recommandations-pour-la-pratique>

31. Редакція журналу "Український медичний часопис", Л. Є. (2016, 21).

Особливості лікування людей літнього віку: навздогін VI Національному конгресу геронтологів і геріатрів України.

32. Booske, B.C., Athens, J.K., Kindig, D.A., Park, H., & Remington, P.L. (2010). Different perspectives for assigning weights to determinants of health. University of Wisconsin: Population Health Institute.

33. Закон України від 19.06.2003 № 966-IV «Про соціальні послуги». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.

34. Богдан, Д., Бойко, А., Василькова, А., & Тетяна Вежновець. (2019). *Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні* (Проект USAID «Підтримка Реформи Охорони Здоров'я».) [Ситуаційний аналіз].

## Додатки.

### Додаток А

Відео про роль координатора мультидисциплінарної команди у веденні складного життєвого випадку ( термін із нового українського Закону про соціальні послуги, для пацієнтів з хворобою Альцгеймера.)

<https://www.dailymotion.com/video/x69nsac>

### Додаток Б

Бланк модульного ерготерапевтичного опитування.

Модульне ерготерапевтичне опитування.									
Ерготерапевт								Дата	
Прізвище				Ім'я			Сімейний стан		
Проживає									
квартира				будин	власний				
				ок	орендований	ліфт	сходи		
З ким проживає, хто допомагає в разі потреби.					Професіонал				
					и				
Чоловік					Сімейний лікар				
Дружина					Медсестра				
Діти					Фізичний терапевт				
Друзі					Соціальний працівник				

				Ерготерапевт				
<b>Звичайні активності, що реалізуються пацієнтом.</b>								
				так	ні			
Займається улюбленою справою поза межами дому								
Водить машину								
Їздить громадським транспортом								
Робить самостійно значні покупки								
Займається оплатою рахунків та перепискою								
Підтримує порядок вдома								
Керує своїми витратами робить дрібні покупки								
Має домашнє хобі								
Готує їжу								
Слідкує аби харчування було здоровим								
Слідкує за кінцевою датою споживання продуктів								
Слідкує за своєчасним прийняттям ліків								
Може ходити по сходах								
Приймає душ, ванну								
				<b>Соціальні зв'язки.</b>				



Спальня										
Туалет										
Ванна										

<b>Служби та послуги, близькі до місця проживання</b>
---

	наявність	доступність
соціальні служби		
урбанізм (тротуари)		
магазини поблизу		
перукарня		
аптека		
автобусна зупинка		
вокзал		

**Останні події, що можуть пояснити ваше самопочуття.**

--	--

