

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра Школа соціальної роботи В. І. Полтавця

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь – бакалавр

на тему: **«ПОТРЕБИ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З
ДЕМЕНЦІЄЮ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання,
Спеціальності
231 Соціальна робота

Торбенко Надія Андріївна

Керівник Романова Н. Ф., доцентка
кафедри, кандидат педагогічних наук,
доцентка

Рецензентка Тимошенко Н. Є., кандидат
педагогічних наук, керівник навчального
центру МБФ «Хесед»

Кваліфікаційна робота захищена з
оцінкою « _____ »

Секретар ЕК _____
« _____ » _____ 2022 р.

Київ – 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1	6
МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
РОЗДІЛ 2	7
АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИСВЯЧЕНИХ ПОТРЕБАМ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ДЕМЕНЦІЄЮ	7
2.1 Деменція та її прояви	7
2.2 Фактори впливу на розвиток деменції	12
2.3 Напрямки роботи з людьми, які живуть з деменцією.....	19
2.4 Потреби людей з деменцією: зарубіжний та вітчизняний досвід.....	22
2.4.1 Опис потреб людей похилого віку з деменцією.....	22
2.4.2 Шляхи вирішення потреб людей літнього віку, які живуть з деменцією.....	24
ВИСНОВКИ	30
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	32

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

КТ – Комп'ютерна томографія

МРТ – Магнітно-резонансна томографія

ПЕТ – Позитрон-емісійна томографія

ССЗ – Серцево-судинні захворювання

ЧМТ – Черепно-мозкова травма

ВІЛ – Вірус імунодефіциту людини

ВОЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВВП – Валовий внутрішній продукт

ВСТУП

Актуальність дослідження. Термін «деменція» використовується для опису симптомів, які виникають внаслідок ряду прогресуючих захворювань, наприклад, як хвороба Альцгеймера. Один з найбільш поширених симптомів – проблеми з пам'яттю та мовою. Загалом, втрата словникового запасу, збіднення/спрощення синтаксису/семантики та надмірне використання семантично порожніх слів, зазвичай, зустрічаються саме у людей з деменцією.

З кожним роком кількість людей з деменцією стрімко зростає у всьому світі. У 2017 році дане захворювання було діагностовано у 50 мільйонів людей. За прогнозами вчених, кожні 20 років цей показник подвоюватиметься. Очікується, що до 2050 року він буде складати 131,5 мільйони (Alzheimer's Disease International, 2018). Раннє виявлення деменції є складним завданням через відсутність надійних біомаркерів, перекриття симптомів із нормальним старінням та низькою точністю існуючих інструментів когнітивного скринінгу.

У більшості розвинених країн за пацієнтами з деменцією доглядають не лише медичні працівники, а й соціальні служби. У той же час, хворі на деменцію потребують вирішення цілого комплексу потреб щодо догляду, оскільки (особливо на пізніх стадіях) демонструють високий рівень залежності та захворюваності. З огляду на це, необхідно приділяти особливу увагу тому, щоб такі пацієнти не зазнавали дискримінації: людям з деменцією не можна відмовляти в догляді через їхній діагноз, вік (як занадто молодий, так і занадто старий) або пов'язані з ними інші порушення.

Варто зазначити, що проблематика даного дослідження стала предметом вивчення низки науковців: Т. Ільницької (деменція та її прояви), І. Зборовської (підготовка соціальних робітників до надання послуг людям, що живуть з деменцією), О. Мишаківської (світова практика надання допомоги хворим на деменцію), та інших.

Отже, наведені дані та чисельність публікацій свідчать про надзвичайну актуальність досліджень, присвячених питанням потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією.

Об'єкт дослідження – деменція.

Предмет дослідження – потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією.

Мета дослідження – розглянути потреби людей похилого віку, які живуть з деменцією та шляхи їх вирішення.

Завдання дослідження:

1. Розробити методологію дослідження
2. Проаналізувати особливості деменції у людей похилого віку
3. Здійснити аналіз досліджень присвячених потребам людей похилого віку, які живуть з деменцією
4. Визначити шляхи вирішення потреб людей похилого віку, які живуть з деменцією.

РОЗДІЛ 1

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

У рамках даного дослідження нами було використано метод – *аналізу*. Зазначимо, що суть даного методу полягає в тому, що об'єкт дослідження – *деменція* – «розчленовується» на складові частини (деменція та її прояви; фактори впливу на розвиток деменції; вектори роботи з людьми, які живуть з деменцією; особливості надання підтримки людям з деменцією: зарубіжний та вітчизняний досвід), кожна з яких досліджується окремо, а потім вивчаються взаємозв'язки з ними.

Здійснюючи дослідження ми аналізували інформацію представлену в інтернет мережі. Зокрема нами були проаналізовані: медичні сайти - 3, наукові сайти – 8, та періодичні інтернет вісники 20.

Відбір матеріалу ми здійснювали керуючись такими критеріями пошуку як тема, вид джерела та рік публікації. До уваги бралися публікації 2010-2022 рр. (Alzheimer's Disease International, (2018); Alzheimer's Disease Research Centers, (2022); Carer Gateway, (2022); Weiner J., (2017); Zhou L., (2016).

Особливу цінність для нашого дослідження склала інформація представлена на сайтах: National Library of Medicine та Stanford health care. Оскільки на них представлена ключова інформація про особливості прояву деменції, фактори впливу на її розвиток, напрямки роботи з особами з деменцією.

Основними джерелами, які включалися до аналізу стали статті, що описували особливості прояву деменції, її діагностування, можливості запобігання.

Загальна кількість проаналізованих джерел 33 статті.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИСВЯЧЕНИХ ПОТРЕБАМ ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ, ЯКІ ЖИВУТЬ З ДЕМЕНЦІЄЮ

2.1 Деменція та її прояви

Деменція зазвичай є хронічним або прогресуючим синдромом, при якому когнітивні функції (тобто здатність мислити) погіршуються до міри, очікуваної з нормальним старінням. Відбувається порушення пам'яті, мислення, розуміння, мови та орієнтації, рахунку, навчання та суджень. Деменція не впливає на свідомість. Порушення когнітивної функції часто супроводжується, а іноді й передує, погіршенням емоційного контролю, а також погіршенням соціальної поведінки чи мотивації (ВОЗ, 2020).

Деменція частіше зустрічається в міру дорослішання (близько третини всіх людей віком 85 років і старші можуть мати ту чи іншу форму деменції), але це не є нормою старіння. Багато людей доживають до 90 років і більше без будь-яких ознак деменції (What Is Dementia, 2021).

Деменція є однією з основних причин інвалідності серед людей похилого віку у всьому світі. Вона може здійснювати глибокий вплив не тільки на людей, які страждають нею, але і на їхні сім'ї і тих, хто здійснює догляд. Часто відчувається недостатня поінформованість щодо деменції та недостатнє розуміння цього стану, що призводить до стигматизації та виникнення перешкод для діагностування та надання медичної допомоги. Вплив деменції на людей, які здійснюють догляд, сім'ю та суспільство в цілому може бути фізичним, психологічним, соціальним та економічним (ВОЗ, 2020).

Існує кілька різних форм деменції, включаючи хворобу Альцгеймера. Симптоми можуть відрізнятися залежно від типу людини. Симптоми деменції виникають, коли колись здорові нейрони або нервові клітини мозку перестають працювати, втрачають зв'язки з іншими клітинами мозку та гинуть.

Вплив деменції на людей може проявлятися різними способами, це залежить від індивідуальних особливостей людини перед хворобою. Існує три стадії розвитку в ознаках і симптомах деменції.

Рання стадія розвитку: ця стадія деменції часто не виявляється одразу, оскільки вона розвивається поступово. Типові симптоми такі:

- забудькуватість;
- втрата відчуття і рахунку часу;
- дезорієнтація у знайомій місцевості (ВООЗ, 2020).

Середня стадія розвитку: при поступовому прогресуванні деменції до середньої стадії, ознаки та симптоми хвороби починають ставати більш явними та дедалі більш звужують можливості повноцінного функціонування людини. Вони включають в себе:

- забудькуватість до імен людей;
- втрата пам'яті щодо недавніх подій;
- порушення орієнтації в будинку;
- зростаючі проблеми у спілкуванні;
- потреби у допомозі для догляду за собою;
- поведінкові проблеми, включаючи безцільне ходіння і завдання одних і тих самих питань (ВОЗ, 2020).

Пізня стадія розвитку: на цій стадії деменції розвивається майже повна залежність людини від інших та її пасивність. Порушення пам'яті стають більш значними, а фізичні ознаки та симптоми набагато очевиднішими. Симптоми включають в себе:

- втрату орієнтації у часі та просторі;
- проблеми у впізнанні родичів та друзів;
- зростаючу потребу у допомозі для догляду за собою;
- проблеми у пересуванні;
- поведінкові зміни, які можуть посилюватись і включати агресивність.

У людей з порушеннями інтелекту та розвитку також може розвинутиись деменція з віком, і розпізнати їх симптоми може бути особливо складно.

Важливо враховувати поточні здібності людини і відстежувати зміни з часом, які можуть сигналізувати про недоумство.

Розглянемо п'ять найпоширеніших форм деменції:

Хвороба Альцгеймера, найбільш поширений діагноз деменції серед людей похилого віку. Це викликано змінами в головному мозку, у тому числі аномальними накопиченнями білків, відомих як амілоїдні бляшки та тау-клубки.

Лобно-скронева деменція, рідкісна форма деменції, яка зазвичай виникає у людей молодше 60 років.

Деменція з тільцями Леві, форма деменції, спричинена аномальними відкладеннями білка альфа-синуклеїну, що називається тільцями Леві.

Судинна деменція, форма деменції, викликана станами, які ушкоджують кровоносні судини в головному мозку або переривають приплив крові та кисню до мозку.

Змішана деменція, поєднання двох та більше видів деменції. Наприклад, багато людей з деменцією страждають як хворобою Альцгеймера, так і судинною деменцією. Дослідники, що проводили розтин, вивчили мозок людей, які страждають на деменцію, і припустили, що у більшості людей віком 80 років і старше, ймовірно, є змішана деменція, викликана комбінацією змін мозку, пов'язаних з хворобою Альцгеймера, процесами, пов'язаними з судинними захворюваннями (What Is Dementia, 2021).

Варто зазначити, що на сучасному етапі вчені досліджують, як процеси, що лежать в основі захворювання при змішаній деменції, починаються та впливають один на одного. Подальше отримання знань у цій галузі допоможе дослідникам краще зрозуміти ці стани та розробити більш персоналізовані стратегії профілактики та лікування.

Інші стани, які викликають симптоми, подібні до недоумства, можна зупинити або навіть звернути назад за допомогою лікування. Наприклад, нормотензивна гідроцефалія, аномальне накопичення спинномозкової рідини в головному мозку часто проходить при лікуванні.

Крім того, такі медичні стани, як стрес, тривога, депресія можуть викликати серйозні проблеми з пам'яттю, що нагадують деменцію, а також побічні ефекти деяких ліків.

Дослідники також виявили безліч інших станів, які можуть викликати недоумство або симптоми, подібні до недоумства. Ці умови включають:

-хвороба Крейтцфельдта-Якоба, рідкісне захворювання головного мозку (Weiner J., 2016);

-хвороба Гентінгтона, спадкове прогресуюче захворювання головного мозку (Zhou L., 2016);

-хронічна травматична енцефалопатія, спричинена повторною черепно-мозковою травмою (Toth L., 2015);

-ВІЛ-асоційована деменція – рідкісне захворювання, що виникає при поширенні вірусу ВІЛ у головний мозок (Toth L., 2018).

Збіг симптомів різних деменцій може утруднити постановку точного діагнозу. Але правильний діагноз є важливим для отримання найкращого лікування. Щоб діагностувати деменцію, лікарі спочатку оцінюють наявність у людини основного, потенційно виліковного стану, який може бути пов'язаний із когнітивними труднощами. Медичний огляд для вимірювання артеріального тиску та інших показників життєдіяльності, а також лабораторні аналізи крові та інших рідин для перевірки рівня різних хімічних речовин, гормонів та вітамінів можуть допомогти виявити чи виключити можливі причини симптомів (What are the signs and symptoms of dementia, 2021).

Огляд медичної та сімейної історії людини може дати важливу інформацію про ризик розвитку деменції. Типові питання можуть включати питання про те, чи передається деменція в сім'ї, як і коли з'явилися симптоми, про зміни в поведінці та особистості, а також про те, чи приймає людина певні ліки, які можуть викликати або погіршувати симптоми.

Наступні процедури можуть бути використані для *діагностики деменції*:

Когнітивні та неврологічні тести. Ці тести використовуються для оцінки мислення та фізичного функціонування. До них відносяться оцінки пам'яті,

вирішення проблем, мовних та математичних навичок, а також балансу, сенсорної реакції та рефлексів (Weiner J., 2016).

Сканування мозку. Ці тести можуть виявити інсульти, пухлини та інші проблеми, які можуть спричинити деменцію. Сканування також виявляє зміни у структурі та функціях мозку. Найбільш поширені скани:

-комп'ютерна томографія (КТ), яка використовує рентгенівські промені для отримання зображень головного мозку та інших органів;

-магнітно-резонансна томографія (МРТ), яка використовує магнітні поля та радіохвилі для отримання докладних зображень структур тіла, включаючи тканини, органи, кістки та нерви;

-позитронно-емісійна томографія (ПЕТ), яка використовує випромінювання для отримання зображень активності мозку (Fraser K., 2015).

Психіатрична оцінка. Ця оцінка допоможе визначити, чи є депресія чи інший стан психічного здоров'я причиною чи фактором, що сприяє виникненню симптомів у людини.

Генетичні випробування. Деякі деменції спричинені генами людини. У цих випадках генетичний тест може допомогти людям дізнатися, чи піддаються вони ризику розвитку деменції. Важливо поговорити з консультантом з генетичних питань до та після тестування, а також із членами сім'ї та лікарем (Ekberg and M. Reuber, 2015).

Аналіз крові. Лікарі можуть призначити аналіз крові для вимірювання рівня бета-амілоїду, білка, який аномально накопичується у людей із хворобою Альцгеймера. Декілька інших аналізів крові перебувають у розробці. Однак доступність цих діагностичних тестів для хвороби Альцгеймера та пов'язаних з нею деменцій все ще обмежена.

В цілому слід відмітити, що раннє виявлення симптомів є важливим, оскільки деякі причини можна лікувати. Однак у багатьох випадках причина деменції невідома та не піддається лікуванню. Проте отримання раннього діагнозу може допомогти в управлінні станом і плануванні подальшої підтримки.

2.2 Фактори впливу на розвиток деменції

Ризик розвитку деменції у людини – це можливість розвитку хвороби на певному етапі її життя. «Фактор ризику» — це те, що, підвищує ймовірність розвитку захворювання у людини. Наприклад, старіння є фактором ризику розвитку деменції. Це означає, що люди старше 75 років мають більше шансів на розвиток деменції, ніж люди віком до 75 років. Деякі фактори ризику деменції неможливо зменшити або запобігти, але інші можна, особливо за умови належної підтримки.

Існує кілька відомих факторів ризику розвитку деменції. Деякі фактори лише незначно підвищують ризик для людини, тоді як інші значно підвищують ймовірність розвитку цього захворювання.

Старіння. Найбільшим фактором ризику розвитку деменції є старіння. Це означає, що коли людина стає старше, ризик розвитку деменції значно зростає. Так, у віці від 65 до 69 років приблизно 2 людей із 100 мають деменцію. Ризик для людини збільшується з віком, приблизно подвоюючи кожні п'ять років. Це означає, що серед людей старше 90 років приблизно 33 людей із 100 людей мають деменцію (Risk factors for dementia, 2021).

Старіння є фактором ризику розвитку деменції, оскільки для розвитку деменції може знадобитися багато часу. Це пояснюється тим, що деменцію викликають захворювання, які ушкоджують мозок, наприклад хвороба Альцгеймера або захворювання судин. Цим захворюванням може знадобитися багато років, щоб пошкодити мозок настільки, щоб викликати симптоми деменції. Це означає, що чим довше людина живе, тим більше часу є для розвитку деменції. Коли людина старіє, вона також з часом стає більш слабкою фізично. Поряд із перерахованими вище змінами, це може призвести до того, що у людини збільшується ймовірність розвитку проблем з мисленням та пам'яттю (Risk factors for dementia, 2021).

Гени. Ризик розвитку деменції у людини – це можливість розвитку хвороби на певному етапі її життя. «Фактор ризику» — це те, що, як відомо, підвищує

ймовірність розвитку захворювання у людини. Наприклад, старіння є фактором ризику розвитку деменції. Це означає, що люди старше 75 років мають більше шансів на розвиток деменції, ніж люди молодше 75 років. Деякі фактори ризику деменції неможливо зменшити або уникнути, але інші можна, особливо за умови належної підтримки, яка є менш поширеним типом деменції. Гени ризику збільшують шанси людини на розвиток деменції. Вони зустрічаються набагато частіше, ніж сімейні гени. Однак, на відміну від сімейних генів, гени ризику не завжди викликають у людини деменцію. На даний момент виявлено понад 20 генів ризику, і більшість із них лише незначно підвищують ризик розвитку деменції у людини. Найважливіший ген ризику деменції називається аполіпопротеїном Е (APOE).

Деякі версії (варіанти) гена APOE можуть підвищити ймовірність розвитку хвороби Альцгеймера у людини в чотири рази, ніж у людей, які не мають цієї версії гена. Однак важливо пам'ятати, що ці версії з підвищеним ризиком все ще не завжди викликають деменцію (Risk factors for dementia, 2021).

Когнітивний резерв. «Когнітивний резерв» – це здатність людини впоратися з хворобою свого мозку. Він створюється завдяки збереженню роботи мозку протягом життя людини. Чим більший когнітивний резерв у людини, тим більше будь-яке захворювання її мозку викликає труднощі у виконанні повсякденних завдань. Це означає, що люди з вищим когнітивним резервом можуть довше відстрочити появу симптомів деменції. Люди з низькими когнітивними здібностями піддаються більшому ризику розвитку деменції протягом усього життя (Risk factors for dementia, 2021).

Три найважливіші фактори, які можуть призвести до меншого когнітивного резерву, є:

- навчання: людина, яка покинула навчання в ранньому віці, швидше за все матиме менший когнітивний резерв, ніж людина, яка довше залишалася на денній формі навчання або продовжувала навчання протягом життя;

- розумова праця: людина, яка не використовувала розумові навички протягом свого життя, наприклад, пам'ять, міркування, комунікативні та організаційні навички, швидше за все матиме менший когнітивний резерв;

- соціальна ізоляція: людина, яка протягом свого життя мало спілкувалася з іншими людьми, також може мати менший когнітивний резерв.

Це означає, що ці фактори є факторами ризику розвитку деменції. Значна частина когнітивного резерву людини формується в дитинстві та ранньому дорослому віці, але пізніше в житті людина може зробити багато речей, щоб збільшити свій когнітивний резерв, наприклад розумову та соціальну активність (Risk factors for dementia, 2021).

Стать. Загалом жінки частіше живуть із деменцією, ніж чоловіки. В основному це пов'язано з тим, що жінки живуть довше чоловіків. Чоловіки та жінки мають приблизно однаковий ризик розвитку деменції. Однак у жінок старше 80 років ризик розвитку деменції дещо вищий, ніж у чоловіків того ж віку. Причини, чому жінки старше 80 років мають більший ризик розвитку деменції, ніж чоловіки старше 80 років, досі невідомі. Можуть бути загальні відмінності в способі життя цих жінок і чоловіків з часом спричинили відмінності в рівні ризику. Наприклад, жінки цієї вікової групи, можливо, мали менший доступ до освіти або роботи, ніж чоловіки їхнього віку.

Незалежно від статі, також існують побоювання, що рівень статевих гормонів у період менопаузи може вплинути на ризик розвитку деменції у людини. Докази цього досі неясні. Коли людина проходить менопаузу, рівень естрогену і прогестерону в неї падає. Деякі дослідження показали, що чим раніше це станеться в житті людини, тим вище ризик розвитку деменції. Однак клінічні випробування замісної гормональної терапії (ЗГТ, яка замінює ці статеві гормони) не показали жодного впливу на ризик розвитку деменції (Risk factors for dementia, 2021).

Етнічна приналежність. Деякі дослідження показали, що люди з етнічних груп чорношкірих африканців, чорношкірих карибських та південноазіатських етнічних груп частіше хворіють на деменцію, ніж люди з білих етнічних груп. Це

включає недавнє дослідження людей, які живуть у Лондоні, яке також виявило, що люди з чорношкірих етнічних груп мають найвищий рівень ризику. Однак потрібні додаткові докази, щоб переконатися, що етнічна приналежність сама по собі є фактором ризику деменції (Risk factors for dementia, 2021).

Різниця в ризику між різними етнічними групами може бути викликана різними факторами. Наприклад, деякі етнічні групи, як правило, можуть мати менший доступ до освіти та можливостей роботи, і, ймовірно, вони живуть у неблагополучних районах.

Неблагополучні райони. Неблагополучні території – це територія з обмеженим доступом до основних ресурсів і послуг, таких як відповідне житло, освіта та можливості роботи. Люди, які живуть у неблагополучних районах, мають більший ризик отримати деменцію. Це може бути пов'язано з тим, що відсутність можливостей у цих сферах ускладнює для людини здобуття додаткової освіти та доступ до роботи, яка підтримує її розумово протягом усього життя. Більш неблагополучні райони також мають вищий рівень забруднення повітря і менший доступ до медичних та соціальних послуг. Це ускладнює людині подолання будь-яких проблем зі здоров'ям, які можуть призвести до деменції (Risk factors for dementia, 2021).

Серцево-судинні фактори. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) – це захворювання, які пошкоджують серце або ускладнюють циркуляцію крові по тілу. ССЗ може значно збільшити ризик розвитку деменції у людини. Це означає, що більшість факторів ризику ССЗ також є факторами ризику деменції. Основними факторами ризику серцево-судинних захворювань, які, як відомо, підвищують ризик розвитку деменції у людини, є: високий кров'яний тиск, жорсткі та закупорені артерії (відомі як «атеросклероз») високі рівні холестерину в крові надмірна вага та діабет 2 типу. Ці фактори починають діяти в середині життя людини (у віці 40–65 років), підвищуючи ризик розвитку деменції пізніше в житті. Цукровий діабет 2 типу також є важливим фактором ризику для людей старше 65 років. Ці фактори ризику ССЗ найбільш тісно пов'язані з судинною деменцією. Це пояснюється тим, що судинна деменція безпосередньо викликана

проблемами з кровопостачанням мозку . Однак фактори ризику ССЗ також можуть підвищити ризик розвитку хвороби Альцгеймера у людини. Багато людей можуть уникнути цих факторів ризику ССЗ, і є багато організацій, які можуть надати підтримку в цьому (Risk factors for dementia, 2021).

Втрата слуху. Деменція частіше зустрічається у людей, у яких проблеми зі слухом виникли в середині життя (у віці 40–65 років). Це означає, що якщо слух у людини погіршується в середині життя, ризик розвитку деменції в старшому віці зростає. Для цього може бути кілька причин, зокрема: люди з проблемами слуху можуть з більшою ймовірністю відсторонитися від соціальних ситуацій і з часом ставати більш ізольованими. Це може зменшити їхній когнітивний резерв. Захворювання, що викликають деменцію, також можуть вплинути на слух. Дослідження показали, що використання слухового апарату може значно знизити ризик розвитку деменції у людини. Важливо, щоб людина з віком проходила регулярні перевірки слуху (Risk factors for dementia, 2021).

Черепно-мозкові травми. Черепно-мозкові травми (ЧМТ) спричинені ударом або поштовхом у голову, особливо якщо людина втратила свідомість. ЧМТ можуть почати процес у мозку, коли речовини, що викликають хворобу Альцгеймера, накопичуються навколо пошкодженої ділянки. Навіть якщо травма трапиться, коли людина молода, вона все одно може збільшити ризик розвитку деменції. Якщо людина переносить кілька ЧМТ, то ризик збільшується ще більше. Серйозні ЧМТ у молодих людей здебільшого викликані: дорожньо-транспортними пригодами або випадковим ударом головою; активна служба в збройних силах; деякі види спорту (зокрема бокс, їзда на велосипеді, лижі та верхова їзда) (Risk factors for dementia, 2021).

Ризики, пов'язані з регулярними, але менш серйозними фізичними ударами по голові, досі не ясні, наприклад, у футболі та регбі. Є деякі докази того, що професійні футболісти можуть мати дещо вищий ризик розвитку деменції, коли вони стають старшими. Однак це слід враховувати поряд з тим, що футболісти зазвичай живуть довше за інших людей.

Депресія. Люди, які мали періоди депресії у своєму житті, також мають вищий ризик розвитку деменції. Це може бути пов'язано з тим, що депресія негативно впливає на мозок і на те, як людина думає і справляється з труднощами. Досі не зрозуміло, чи може лікування депресії у людини антидепресантами знизити ризик розвитку деменції. Однак запобігти депресії в першу чергу, ймовірно, допоможе. У багатьох людей депресія розвивається за кілька років до розвитку деменції. Однак у цих випадках причиною депресії може бути розвиток деменції (Risk factors for dementia, 2021).

Інші стани. Деякі тривалі медичні стани можуть спричинити проблеми з мисленням та пам'яттю людини, які у важких випадках можуть перерости в деменцію. Ці стани включають: розсіяний склероз, ВІЛ, ревматоїдний артрит захворювання нирок. Синдром Дауна та інші порушення значно підвищують ризик розвитку деменції в молодому віці, зазвичай викликані хворобою Альцгеймера (Risk factors for dementia, 2021).

Фактори способу життя. Існує багато доказів того, що вибір способу життя може впливати на ризик розвитку деменції. Дослідження показують, що ризик деменції є найнижчим у людей, які мають здоровий спосіб життя у віці 40–65 років. Ключові показники:

- регулярне спілкування;
- фізична та соціальна активність;
- відсутність шкідливих звичок;
- дотримання здорового харчування.

Ризик деменції є найнижчим у людей, які здійснюють принаймні три з цих видів поведінки. Виконання лише одного або двох з цих способів лише несуттєво знижує ризик.

Розглянемо як недотримання цих життєвих правил впливає на розвиток деменції. Відсутність фізичної активності – фізична бездіяльність може погіршити здоров'я серця, легенів і кровообігу людини, а також ускладнити контроль рівня цукру в крові. Це тісно пов'язано з підвищеним ризиком серцевих захворювань, інсульту та діабету 2 типу, які є факторами ризику деменції

Куріння –пошкоджує серце, легені та кровообіг людини, особливо кровоносні судини в мозку. Це призводить до накопичення шкідливих речовин у мозку, які викликають запалення та перешкоджають надходженню достатньої кількості кисню до нервових клітин. Ці речовини також підвищують ризик інсульту, який може призвести до судинної деменції.

Нездорова дієта, в якій не вистачає хорошого асортименту здорової їжі, може підвищити ризик розвитку деменції. Існує багато можливих причин. Наприклад, нездорове харчування збільшує ризик високого кров'яного тиску, який є фактором ризику деменції. В ідеалі людина повинна їсти багато фруктів і овочів, цільнозернових злаків, рибу, нежирні молочні продукти, тощо. Занадто багато солі (більше чайної ложки на день) також пов'язано з підвищеним ризиком деменції. Занадто багато алкоголю – регулярне вживання алкоголю понад рекомендовану кількість піддає мозок впливу високого рівня токсичних речовин, які з часом можуть пошкодити нервові клітини (Dementia Risk Factors, 2022).

Атеросклероз. Атеросклероз – це накопичення бляшок – відкладень жирових речовин, холестерину та інших речовин – у внутрішній оболонці артерії. Атеросклероз є значним фактором ризику судинної деменції, оскільки він перешкоджає доставці крові до мозку і може призвести до інсульту. Дослідження також виявили можливий зв'язок між атеросклерозом та хворобою Альцгеймера (Dementia Risk Factors, 2022).

Легкі когнітивні порушення. Хоча не у всіх людей з легкими когнітивними порушеннями розвивається недоумство, люди з цим захворюванням мають значно підвищений ризик розвитку недоумства в порівнянні з рештою населення. Одне дослідження показало, що приблизно у 40 відсотків людей старше 65 років, які мали діагностовані легкі когнітивні порушення, протягом трьох років розвинулася деменція (Dementia Risk Factors, 2022).

Таким чином, нами виділено низку факторів, що сприяють ризику розвитку деменції: *старіння, гени, когнітивний резерв, стать, етнічна приналежність, соціальне середовище, серцево-судинні фактори, втрата слуху,*

черепно-мозкові травми, депресія, фактори способу життя, атеросклероз, легкі когнітивні порушення. Визначено, що деякі фактори лише незначно підвищують ризик для людини, тоді як інші значно підвищують ймовірність розвитку цього захворювання.

2.3 Напрямки роботи з людьми, які живуть з деменцією

Деменція має значний соціальний та економічний вплив з точки зору медичних витрат, витрат на соціальну допомогу та неофіційну допомогу. У 2015 році загальні глобальні громадські витрати на деменцію оцінювалися у 818 мільярдів доларів США, що відповідає 1,1% ВВП. Загальні витрати як частка ВВП варіювалися від 0,2% у країнах із низьким рівнем доходу до 1,4% у країнах із високим рівнем доходу (ВОЗ, 2020).

В даний час не існує конкретної терапії для повного лікування деменції або зміни її розвитку. В сучасному світі наразі досліджуються варіанти нових лікарських засобів, які проходять клінічні випробування. Проте при підтримці близьких людей, можна зробити багато для покращення життя людей з деменцією, тих, хто здійснює догляд за ними (соціальні працівники, працівники спеціалізованих служб), та їхніх сімей. Основними цілями медичної допомоги щодо деменції є такі:

- раннє діагностування для забезпечення раннього та оптимального ведення (тести, які можуть використовуватися при діагностиці розглянуті в пункті 2.1);
- оптимізація фізичних можливостей та когнітивних здібностей, активності людини;
- виявлення та лікування симптомів в поведінці та психологічних проблем, пов'язаних з розвитком хвороби;
- надання повної інформації та підтримки для людей, які здійснюють догляд.

Варто зазначити, що люди з деменцією часто бувають позбавлені основних права і свобод, доступних іншим. У багатьох країнах світу в жилих будинках для

людей літнього віку та спеціальних установах інтенсивної терапії широко використовуються як фізичні засоби, так і хімічні препарати для ефективного утримання пацієнтів, навіть незважаючи на наявність нормативних положень із захисту прав людини на свободу та вибір.

Для забезпечення високоякісного догляду про людей з деменцією та тих, хто здійснює догляд за ними, необхідне належне та підтримуюче нормативно-правове забезпечення, засноване на визнаних на міжнародному рівні стандартах у галузі прав людини. Велику роль в окресленому напрямку займає ВОЗ.

ВОЗ визнає деменцію як один із пріоритетів громадської охорони здоров'я. Всесвітня асамблея охорони здоров'я у травні 2017 року схвалила «Глобальний план дій сектора охорони здоров'я щодо реагування на деменцію на 2017-2025 рр.» (Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025, 2017). План являє собою комплексну програму дій для осіб, які формують політику, міжнародних, регіональних та національних партнерів та ВОЗ у таких галузях:

- вживання заходів щодо деменції як пріоритет громадської охорони здоров'я;
- підвищення поінформованості про деменцію та створення ініціатив щодо формування сприятливих умов для людей з деменцією;
- зниження ризику розвитку деменції;
- діагностика, лікування та догляд;
- інформаційні системи щодо деменції;
- підтримка осіб, які здійснюють догляд людей з деменцією;
- наукові дослідження та інновації.

Для осіб, які формують політику, та дослідників була створена Міжнародна платформа для моніторингу – Глобальна обсерваторія з деменції, – яка призначається для сприяння моніторингу та обміну інформацією про політику щодо деменції, медичного обслуговування, епідеміології та наукових досліджень. ВОЗ також розробляє платформу для обміну знаннями з метою сприяння обміну передовим досвідом у сфері деменції.

ВОЗ розробила план дій щодо реагування на деменцію для сприяння державам-членам у розробці та операціоналізації планів дій щодо деменції. Це керівництво тісно пов'язане з Глобальною обсерваторією ВОЗ щодо проблеми деменції та включає відповідні методики, такі як контрольний перелік, яким слід керуватися при підготовці, розробці та здійсненні планів дій щодо деменції. Крім того, цей посібник може бути корисним при визначенні зацікавлених сторін та встановленні пріоритетів.

«Керівництво ВОЗ щодо зниження ризику розвитку когнітивних розладів та деменції» містить засновані на фактичних даних рекомендації щодо заходів щодо зниження факторів ризику розвитку деменції, що змінюються, таких як відсутність фізичної активності та нездорове харчування, а також з контролю медичних станів, пов'язаних з деменцією, включаючи гіпертензію та діабет (Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025, 2017).

Деменція також входить до пріоритетних станів у рамках «Програми дій з ліквідації прогалин у галузі психічного здоров'я» (mhGAP), що є важливим ресурсом для лікарів загального профілю, особливо в країнах з низьким рівнем доходу, яким вони можуть користуватися при наданні медичної допомоги першої лінії у зв'язку з психічними та неврологічними проблемами та розладами, викликаними вживанням психоактивних речовин.

ВОЗ розробила програму «iSupport», за допомогою якої особи, які здійснюють догляд за людьми з деменцією, можуть отримувати нову інформацію та опанувати спеціальні, важливі для лікування та догляду навички. Ця веб-програма iSupport доступна у вигляді друкованого керівництва і вже використовується в ряді країн. Найближчим часом буде доступна онлайн версія «iSupport» (ВОЗ, 2020).

Таким чином, основними векторами роботи в розглянутому напрямку є підвищення поінформованості про деменцію та створення ініціатив щодо формування сприятливих умов для людей з деменцією; зниження ризику розвитку деменції; діагностика, лікування та догляд; розробка інформаційних

систем щодо деменції; підтримка осіб, які здійснюють догляд людей з деменцією; наукові дослідження та інновації.

2.4 Потреби людей з деменцією: зарубіжний та вітчизняний досвід

2.4.1 Опис потреб людей похилого віку з деменцією

Деменцію важко вчасно діагностувати (особливо на ранніх стадіях) та не так просто лікувати, але доклавши зусиль і терпіння, це абсолютно можливо. Якщо у людини є сімейний лікар, він має помітити зміну поведінки та його самопочуття. Для цього важливо добре знати пацієнта, його/її анамнез та спілкуватися із родичами. Остаточний діагноз: хвороба Альцгеймера, васкулярна деменція тощо – ставить психіатр, чи психіатр-геріатр. Лікар має оцінити суб'єктивний стан пацієнта, об'єктивний стан (аналізи), зібрати сімейний та індивідуальний анамнез, знати, які ліки він/вона приймає, який спосіб життя веде. (Романова & Тимошенко, 2019).

Якщо лікар сумнівається, чи це деменція, чи тимчасові наслідки стресу, інсульту, прийому ліків, що викликають запаморочення, він має провести когнітивні тести. Інколи люди добре пораються з тестами, але сумніви щодо деменції все одно залишаються.

Визначити рівень ризику прояву деменції, або задля діагностування деменції та її типів, потрібні аналізи. Аналізи допоможуть оцінити супутні хвороби – адже важко лікувати, приміром, тривожність, тонкосльозість і закрепи при гіпотиреозі (захворюванні щитовидної залози). Для хвороби Альцгеймера фаункціональна магнітно-резонансна томографія; позитронно-емісійна томографія із флуорозокліглюкозою.

Для васкулярної деменції збір анамнезу щодо інсультів, цереброваскулярної хвороби, серцево-судинних хвороб, та МРТ чи КТ. Якщо в анамнезі є інсульти, інфаркти і хвороба судин, після яких розумові здібності і

стали погіршуватися, то протокол закликає не ставити діагноз хвороба Альцгеймера.

Для деменції з тільцями Леві та фронтотемпоральної деменції однофотонна емісійна комп'ютерна томографія радіофармпрепаратами. Діагностування типу деменції – це доволі складний процес. Зазвичай лікарі загострюють увагу при діагностиці на результати певних тестів та наявні симптоми (порушення мови, проблеми з пам'яттю, анамнез). Які супутні хвороби можуть виникати в разі деменції. Деменція рідко приходить сама. Її часто супроводжують тривожність, галюцинації, анорексія, депресія, інфекційні хвороби чи ризик переломів. Такий стан людини підвищує рівень небезпеки повсякденного життя людини.

Отже, люди похилого віку, які живуть з деменцією мають гостру потребу в отриманні професійного догляду у повсякденному житті.

Хворі на деменцію часто втрачають достатню м'язову масу, для того, щоб мати змогу зробити якісь дії самостійно, наприклад пересування, справляння фізіологічних потреб, харчування.

Подальший розвиток деменції може супроводжуватись виникненням безлічі інших ускладнень (захворювання зубів, порушення збалансованого харчування, гігієнічні проблеми, інфекції). При ретельному догляді пацієнта, такі ускладнення можна попередити і уникнути.

Тому в будь-якому випадку необхідно дивитися на пацієнта в цілому, брати до уваги всі поведінкові симптоми. Існує також анорексія літнього віку, коли люди не хочуть їсти, через що швидко втрачають вагу, або можуть їсти дуже мало - що не є нормально. Це може бути прямим проявом депресії, або сигналом проблеми з жувальним апаратом та травленням. Наслідком цього є м'язова слабкість.

Як нам вказують українські дослідниці, Романова Н.Ф. і Тимошенко Н. Є. посилаючись на Наказ Міністерства соціальної політики «Про затвердження державного стандарту догляду вдома» від 13.11.2013, хворі на деменцію потребують постійної уваги з боку родини або близьких осіб, які здійснюють

їхній догляд, але останні не завжди спроможні надавати належну допомогу через високу вартість необхідного лікування чи відсутність практичних навичок. Основною проблемою пацієнтів з деменцією є збиток вербальних навичок, проте хворі здатні усвідомлювати та відповідати взаємністю на емоційні звернення. Однак найчастіше стан хворого охарактеризується повним виснаженням та апатією, через неспромогу виконання повсякденних дій без сторонньої допомоги і менш розповсюдженим є прояв агресії.

Важливим у лікуванні є усвідомлення того, що стан людини поступово буде погіршуватися, і вона буде ставати більш залежною від людей поруч, близьких чи людей, що наглядають за нею. Цей процес усвідомлення може бути важким, але слід завжди намагатися бути гнучкими, розуміти процес розвитку хвороби і не злитися, ображатися на хворого. Гнучкість може полягати у підлаштуванні свого розпорядку дня під його потреби, терпимість до бажань, дій і слів людини з деменцією.

Варто також звертати додаткову увагу на безпеку людини з деменцією. Слід максимально попередити травмування, тобто підготувати місце проживання людини для безпечного перебування. Це можна зробити прибравши речі, що можуть спровокувати падіння, забезпечити відсутності (вимкнення) електричних приборів, а також сірників, запальничок, ліків, алкоголю та інших речовин чи предметів, якими хворий може собі нашкодити, за можливості прибрати пороги в будинку.

2.4.2 Шляхи вирішення потреб людей літнього віку, які живуть з деменцією

Прогресуюча смерть нейронів у мозку людини, втрата пам'яті або здатності міркування є лише деякими з аспектів деменції. Вони супроводжуються різними психологічними, поведінковими симптомами, а також супутніми фізичними хворобами. Такі симптоми можуть ускладнювати життя перш за все пацієнтові, і особливо тим, хто про нього/неї піклується.

Апатія, депресія, тривожність і знервованість як симптоми деменції можуть лікуватися препаратами, які використовують для профілактики хвороби Альцгеймера. Лікар може прописати певні антидепресанти, але вони не є першочерговою ланкою терапії в разі поставленого лікарем діагнозу деменції (Романова & Тимошенко, 2019).

Для кожного випадку захворювання лікар назначає медикаменти індивідуально, тому чіткої деталізації та рекомендації ліків є неможливим. У лікуванні деменції є декілька «нетипових» психолітиків. Їх рекомендують задля того, щоб прибрати тривожність, можливу агресію чи галюцинації, які в процесі функціонування людини можуть становити загрозу як для оточення, так і для самого пацієнта, а також спричиняти дискомфорт в буденному житті.

Хронічні запалення можуть супроводжуватися вісцеральним ожирінням, атеросклерозом, артритом, тощо. Ці симптоми можуть проявлятися і у людей без діагнозу деменції. Тож терапія протизапальними препаратами різного типу ефективно знижує як запалення, так і депресію, ним спричиненою. Така депресія погано піддається лікуванню антидепресантами, які можуть прописувати людям літнього віку лікарі, тож при виписі ліків потрібно врахувати той факт, що таблетки «про всяк випадок» можуть тільки нашкодити.

На сьогоднішній день не існує точно затверджених ліків для поліпшення цього стану, але існують препарати для поліпшення травлення. Вживання достатньої кількості води, а також вживання їжі, яку легко їсти та ковтати, може допомогти в цьому випадку.

У разі безсоння ефективним є не лікування снодійними, а фізичними навантаженнями упродовж дня, доступом до сонячного світла вранці і вдень, та регулюванням світла в вечірню добу (світлова терапія), гігієною сну та чітким режимом. Посилення тривожності чи агресії може бути пов'язано з відсутності денного сну, яке може бути потрібне людині з деменцією.

Подбати про безпечний простір для людини з деменцією можна завдяки наявності ходунків (за потреби), належного освітлення.

Для людини похилого віку з деменцією важливо постійно рухатися і тренувати свої м'язи та кістки. Міцність кісток може бути забезпечена фізичним навантаженням, адже якщо його немає, вони будуть втрачати кальцій. Також важливо, щоб їжа пацієнта містила в собі достатньо рідини та клітковини, та потрібно уникати в харчуванні нутрієнтів, це може призвести до закрепів. Літнім людям з деменцією і без важливо споживати більше білка, ніж людям середнього віку. Впасти, зламати руку чи ногу, і втратити мобільність – сценарій дуже поганий і поширений. (Романова & Тимошенко, 2019)

Закрепи дуже часто супроводжують деменцію. Причини: мала фізична активність, неповноцінне харчування через депресію, проблеми із зубами і травленням, зневоднення. Закрепи можуть бути навіть причиною психозу чи підвищення температури. На жаль, споживання всіх вітамінів та нутрієнтів вітамінів не сповільнюють протікання деменції, але харчовий раціон має бути повноцінним, аби попередити багато інших “побічних ефектів” (наприклад, анемії). Але у випадку неможливості забезпечення всіх компонентів в раціоні, за рекомендацією лікаря це можна замінити пігулками чи ін'єкційними медикаментами.

Для того, щоб підтримувати стабільний психологічний стан людей з деменцією, а також не мало важливий емоційний їх стан, для них варто забезпечити постійну увагу та догляд, комфортні умови лікування та проживання.

Деменцію лікують симптоматично в залежності від її природи, лише уповільнюючи прогресування. Наразі відомий єдиний препарат, який може дещо покращити когнітивні функції пацієнтів із хворобою Альцгеймера (Aduhelm). Його часом також призначають людям для полегшення симптомів інших видів деменції, але це лише дещо призупиняє прогресування хвороби. Наразі науковці працюють над розробкою ліків від деменції, але досі жоден із проєктів не просунувся далі початкових стадій клінічних досліджень.

Експерти клініки Майо розробили список порад для людей, які піклуються чи багато спілкуються із людьми, що мають деменцію різного ступеня тяжкості.

Вони радять намагатися бути гнучкими, адже людина з деменцією може хвилюватися з будь-якої причини, якщо завдання їй здається заважким. Тобто будь-які завдання варто чітко проговорювати, але не вимагати чіткого виконання, якщо це викликає негативні емоції у хворого.

Спілкування з людиною, хворою на деменцію – це ціла наука. Важливо вміти слухати і чути людину, яка страждає від деменції (Романова & Тимошенко, 2018):

1. Якщо пацієнт показує, що хоче щось повідомити вам, його важливо підтримати, постаратися йому допомогти сформулювати думку. В іншому випадку, якщо мова здається погано зрозумілою, то необхідно враховувати характер і звички людини з деменцією, порівнюючи попередню комунікаційну ситуацію, та слідкування за її реакцією.

2. Навіть не повністю розуміючи значення слів людини та мотивів її виразів, іноді слід просто послухати людину, тим самим показавши йому, що його слова були почуті.

3. При спілкуванні необхідно створити позитивний настрій, говорити обережно, не збільшуючи різко тон.

4. Ініціатива в розмові повинна належати особі, що надає допомогу. Необхідно переконатися, що ви змогли привернути увагу людини до ваших слів.

5. Відволікаючі фактори повинні бути обмежені (прибрати шум, вимкнути радіо і телевізор або зачинити двері).

6. Фрази повинні бути короткими, простими, тому що пацієнту потрібно більше часу, щоб зрозуміти слова, а питання повинні бути вимовлені чітко і коротко, щоб відповідь могла бути односкладною (так/ні/не знаю).

Такі рекомендації по спілкуванню допоможуть уникнути непередбачених ситуацій, вміти орієнтуватись та поводити себе так, аби людині було комфортно поруч з особою, що здійснює нагляд та цей нагляд буде більш ефективним, зможе задовільнити емоційні потреби та поліпшити стан пацієнта.

Але окрім спілкування, існує ще безліч потреб людей літнього віку з деменцією, які напряму пов'язані з їх здатністю функціонувати самостійно, станом пам'яті та відсутністю стресу і тривоги.

1. При роботі зі втратою пам'яті допомагає реліктивна психотерапія, як робота зі спогадами (наприклад, розповідь історії про важливу для людини річ), орієнтація на реальність, що допомагає утримувати зв'язок із реальним світом (нагадування про поточні події у вигляді письмового чи усного спілкування), когнітивна стимуляція - це індивідуальні вправи для покращення пам'яті (пазли, кросворди), когнітивна реабілітація, в ході якої формується план досягнення поставленої мети, навчання, практика для отримання нової інформації та її засвоєння, концентрації уваги людини та робота зі стресом, що робить людину з деменцією більш впевненим та незалежним.

2. Для корекції уваги, пам'яті та мислення використовують, наприклад, тренування обсягу уваги (один із прикладів – тест Шульте); тренування концентрації уваги (тест Струпа), тренування вибірковості уваги (тест Мюнстерберга).

3. Методи для фізичної реабілітації людей: лікувальна фізкультура, ходьба, скандинавська ходьба.

4. Інші методи:

- масаж;
- ерготерапія (вправи для тренування дрібної моторики рук, що сприяє покращенню когнітивних функцій);
- музикотерапія;
- арт-терапія, або терапія мистецтвом, яка передбачає лікувальну дію за допомогою малювання, ліплення
- танцювальна терапія;
- аромотерапія;
- світлотерапія;

5. Використання природи для поліпшення стану, такі як аеротерапія (вплив свіжого повітря), геліотерапія (вплив сонячних променів), а також використання радонових ванн.

6. Реорганізація доквілля, як із важливих методів – це створення відкритої терапевтичної середовища. (Романова & Тимошенко, 2018).

Такі практики показують нам, що у вітчизняному досвіді існує багато методів для поліпшення стану людини, що живе з деменцією, та завдяки багатьом роботам, присвяченим людям з цією хворобою можна отримати повну інформацію та мати змогу надати їм якісний догляд і допомогти відчувати себе комфортно.

Багато країн світу дотримується децентралізованого підходу в охороні здоров'я, соціальної та медичної допомоги. До прикладу візьмемо країну Австралію, адже в ній запровадили стратегію «Ініціатива щодо деменції: зробити деменцію пріоритетом національної програми охорони здоров'я», метою якої є підвищення якості життя людей літнього віку із деменцією, їхніх родин та фахівців, які доглядають за ними. Ця програма передбачає медико-соціальну підтримку на протязі всього протікання хвороби, кваліфікаційну підготовку фахівців та рідних пацієнта з догляду людей, які живуть з деменцією, консультивання сімей, пацієнтів та надання повної інформації про перебіг хвороби, симптомів, тощо, фінансування нових проектів та досліджень з цієї теми.

Головними напрямками в підтримці людей із деменцією, рідних чи фахівців, які здійснюють постійний догляд за ними це і є їх ключові потреби: підвищення обізнаності в хворобі, повний доступ до кваліфікованої медичної допомоги, соціальних послуг, належний догляд протягом періоду хвороби, підтримка близьких та родин пацієнтів, проведення нових досліджень і робіт по профілактиці захворювання, задоволення всіх потреб хворих на деменцію та їх лікування.

Ми розглянули можливі методи для ефективного задоволення потреб людей літнього віку з деменцією, на основі вітчизняних та зарубіжних робіт, та дійшли до висновку, що дані методи ефективні і мають бути впроваджені і роботу з людьми, які живуть з деменцією. Тобто головною метою є підвищення рівня обізнаності фахівців з догляду, сімей пацієнтів та самих пацієнтів про хворобу та роботу з нею, а також підтримка держави у реформах для надання якісних соціальних послуг і задоволення всіх потреб клієнтів.

ВИСНОВКИ

В процесі нашого дослідження було:

1. Визначено, що деменція – хвороба, що може бути або хронічна або прогресуюча, в якій регрес когнітивної функції здебільшого відбувається значною мірою ніж очікується при звичайному старінні. Відбувається зниження рівня пам'яті, розуміння, мислення, мови, можливості орієнтування, рахування, розмірковування та пізнання. Деменція впливає на людей по-різному, це залежить від впливу захворювання та індивідуальних особливостей людини перед хворобою. Деменція та її ознаки і симптоми має три стадії розвитку: *рання стадія* (часто залишається непоміченою, бо має поступовий розвиток); *середня стадія* (симптоми стають більш явними та звужуються можливості хворого); *пізня стадія* (розвивається пасивність та частково повна залежність).

2. Виявлено, що існує кілька відомих факторів ризику розвитку деменції: старіння, гени, *когнітивний резерв*, *стать*, *етнічна приналежність*, *серцево-судинні фактори та інші*. Деякі фактори лише незначно підвищують ризик для людини, тоді як інші значно підвищують ймовірність розвитку цього захворювання.

3. Сучасна терапія та лікування деменції не передбачають зміни її розвитку або лікування. Наразі існують нові лікарські засоби, які знаходяться на стадії розробки та клінічних тестувань. Не дивлячись на це, життя людей з деменцією може бути покращене, а люди можуть отримувати повну підтримку і комфорт, завдяки догляду сімей або спеціально підготовлених фахівців. Основні цілі допомоги людям з деменцією – це раннє діагностування, яке допоможе вчасно почати профілактичні та лікувальні дії, оптимізація фізичної активності задля полегшення фізичного стану, робота з когнітивними здібностями. Обов'язковим є контроль супутніх хвороб, психологічних симптомів хвороби та їх вчасне виявлення. Також, не мало важливим є надання повної інформації та підтримки для тих, хто доглядає людину з деменцією.

4. При проведенні аналізу потреб людей похилого віку з деменцією нами до уваги брався як вітчизняний, так і зарубіжний досвід.

Вивчення зарубіжного досвіду показало, що для цієї групи клієнтів працює велика кількість національних служб та громадських організацій (діагностика, підтримка, захист, робота з опікунами).

Натомість, вітчизняний досвід свідчить про недостатню роботу держави і громадськості у даному напрямку: відсутні державні програми підтримки, громадські ініціативи поодинокі, невисока кількість публікацій по даній темі, що свідчить про необхідність перегляду політики в даному напрямку та її наукове опрацювання.

Багато сучасних країн світу використовують велику кількість підходів для забезпечення потреб та поліпшення буденного життя людей похилого віку з деменцією і осіб, які здійснюють догляд за ними в процесі протікання хвороби. Вони використовують безліч способів покращення системи охорони здоров'я, впроваджують належну політику і відповідні плани, а також застосовують етичний підхід, адже головним є система лікування, яка має передбачати проведення постійних аналізів та переоцінки потреб пацієнтів.

Також виявлено, що догляд за людьми похилого віку з деменцією вимагає багато фізичних та емоційних сил, не тільки з боку членів родини, але й спеціалістів, які здійснюють такий догляд.

При зацікавленій та ефективній залученості держави ми отримаємо низку заходів, стратегій та реформ, що однозначно поліпшить життя людей із деменцією та осіб, що піклуються про них, завдяки задоволенню їх основних потреб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Мишаківська О. М. Приклади надання допомоги у розвинутих країнах для організації позалікарняної допомоги хворим на деменції в Україні. *Архів психіатрії*. 2015. № 1. С. 31–35.
2. Мишаківська О. М. Світова практика надання допомоги хворим на деменцію, паліативна допомога (огляд літератури). *Архів психіатрії*. 2013. № 4. С. 42–46.
3. Романова Н. Ф. Старіння населення та сучасні тенденції щодо поширення деменції. *Перші наукові читання імені професора Володимира Івановича Полтавця*, м. Київ, 5 лют. 2020 р. 2020.
4. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Соціальна робота з людьми похилого віку, які живуть з деменцією: незвична поведінка та причини походження. *Соціальна робота та розвиток мереж соціальної підтримки* : конф. молодих науковців, 6 лют. 2019 р. 2019.
5. Романова Н. Ф., Тимошенко Н. Є. Спілкування з людьми похилого віку : метод. матеріали до тренінгу. Київ, 2018. 152 с.
6. Горелик С. Г., Оробцова М. В., Авдеева И. В., Муталиев И. Х. Деменция. *Медицинская сестра*. 2018. № 5. С. 16–19.
7. Носкова И. С., Ивко К. О., Крохмалева Е. В., Позднякова Н. М. Долговременный уход за пожилыми людьми с деменцией. *Медицинская сестра*. 2018. № 5. С. 23–26.
8. Alhanai, T. (2017). Spoken language biomarkers for detecting cognitive impairment, arXiv preprint arXiv:1710.07551.
9. Ekberg and M. Reuber (2015) Can conversation analytic findings help with differential diagnosis in routine seizure clinic interactions? *Communication & medicine*, vol. 12, no. 1, p. 13.
10. Fraser, K. (2015). Linguistic Features Identify Alzheimer's Disease in Narrative Speech, *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 49, pp. 407–22.

11. Jones, D. (2015). Conversational assessment in memory clinic encounters: interactional profiling for differentiating dementia from functional memory disorders,” *Aging & Mental Health*, vol. 7863, pp. 1–10.
12. Lopez-Otero, L. (2017), Depression detection using automatic transcriptions of de-identified speech, *Proc. Interspeech*, pp. 3157–3161.
13. Mirheidari, B. (2016). Diagnosing people with dementia using automatic conversation analysis, in *Proc. Interspeech*, pp. 1220–1224.
14. Mirheidari, B. (2017), Towards the automation of diagnostic conversation analysis in patients with memory complaints,” *Journal of Alzheimer’s Disease*,. An avatar-based system for identifying individuals likely to develop dementia,” *Proc. Interspeech*, pp. 3147–3151.
15. Povey, D. The kaldi speech recognition toolkit, in IEEE 2011 Workshop on Automatic Speech Recognition and Understanding. IEEE Signal Processing Society, Dec. 2011, iEEE Catalog No.: CFP11SRW-USB.
16. Tao, J. (2016). Dnn online with ivectors acoustic modeling and doc2vec distributed representations for improving automated speech scoring. in *Proc. Interspeech*, pp. 3117– 3121.
17. Toth, L. (2018). A speech recognitionbased solution for the automatic detection of mild cognitive impairment from spontaneous speech, *Current Alzheimer Research*, vol. 15, no. 2, pp. 130–138.
18. Toth, L. (2015). Automatic detection of mild cognitive impairment from spontaneous speech using ASR, in *Proc. Interspeech*.
19. Wankerl, S. (2017). An n-gram based approach “ to the automatic diagnosis of alzheimers disease from spoken language,” in *Proc. Interspeech*.
20. Weiner, J. (2017). Manual and automatic transcriptions in dementia detection from speech, in *Proc. Interspeech*, pp. 3117–3121.
21. Weiner, J. (2016). Speech-Based Detection of Alzheimers Disease in Conversational German, in ‘ *Proc. Interspeech*, pp. 1938–1942.
22. Zhou, L. (2016). Speech recognition in Alzheimers disease and in its assessment, in ‘ *Proc. Interspeech* , pp. 1948–1952.

23. Деменція – пріоритетний напрям галузі охорони здоров'я. *Здоров'я України / ІНФОМЕДІА | інформація для спеціалістів здравоохранення.*
URL: <https://health-ua.com/article/36741-dementcyu--proritetniy-napryam-galuz-ohoroni-zdorovya>.
24. Клінічний протокол високспеціалізованої допомоги хворим на деменцію | Медичний часопис. *Український Медичний Часопис.*
URL: <https://www.umj.com.ua/article/99175/klinichnij-protokol-visokspetsializovanoyi-dopomogi-hvorim-na-dementsiyu>.
25. Деменція. *WHO / World Health Organization.*
URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
26. ADI - Dementia statistics. *Home / Alzheimer's Disease International (ADI).*
URL: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics/>.
27. Ageing with Confidence - Age & Opportunity. *Age & Opportunity.*
URL: <https://ageandopportunity.ie/engage/ageing-with-confidence/>.
28. Alzheimer's Disease Research Centers: National Research Centers, Local Resources. *Alzheimers.gov.* URL: <https://www.alzheimers.gov/taking-action/national-research-centers>.
29. Global action plan on the public health response to dementia 2017 – 2025. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf>
30. Risk Factors. *Stanford Health Care (SHC) - Stanford Medical Center | Stanford Health Care.* URL: <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/brain-and-nerves/dementia/risk-factors.html>.
31. Supporting a Person Living with Dementia - Alzheimer's WA. *Alzheimer's WA.*
URL: <https://www.alzheimerswa.org.au/about-dementia/supporting-person-living-dementia/>.
32. Tips for Caregivers and Families of People With Dementia. *Alzheimers.gov.*
URL: <https://www.alzheimers.gov/life-with-dementia/tips-caregivers>.
33. Virtual Dementia Tour® Family Edition. *Second Wind Dreams.*
URL: <https://www.secondwind.org/vdtreg-family->

[edition.html?gclid=Cj0KCQjw2MWVBhCQARIsAIjbwoOpTUTMB_WPLMZJ
TeFBg23_ph_eo3_xo74kUvfeB_W0CFqZ7lMbrXYaAta0EALw_wcB.](#)

34. What Is Dementia? Symptoms, Types, and Diagnosis. *National Institute on Aging*.

URL: <https://www.nia.nih.gov/health/what-is-dementia#:~:text=The%20symptoms%20of%20dementia%20can,lost%20in%20a%20familiar%20neighborhood>