

Автономная некоммерческая организация
«Научно-исследовательский медицинский центр «ГЕРОНТОЛОГИЯ»

УТВЕРЖДЕНО

На Ученом Совете

АНО «НИМЦ «Геронтология»

Протокол № 16
« 26 » октября 2018 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель директора


А.Н. Ильницкий
« 26 » октября 2018 г.

**КАФЕДРА ТЕРАПИИ, ГЕРИАТРИИ И АНТИВОЗРАСТНОЙ
МЕДИЦИНЫ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТЕМЕ:

**ЭЙДЖИЗМ И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

**Для работников системы социального обслуживания и социального
обеспечения**

Москва,

2018 год

О.Н.Старцева, А.Н.Ильницкий

**ЭЙДЖИЗМ И ЕГО ПРЕОДОЛЕНИЕ В СТАЦИОНАРНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Методические рекомендации. – Москва, 2018.

Рецензенты:

Татарина Ольга Викторовна, доктор медицинских наук, главный внештатный специалист по гериатрии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия),

Гурко Глеб Игоревич, доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела клинической гериатрии АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология».

Методические рекомендации составлены на основании:

- Федерального закона об образовании в РФ № 273 от 29.12.2012 г.,
- приказа Минобрнауки России от 01.07.2013 N 499 (ред. от 15.11.2013) "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам";
- приказа Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения";
- приказа Минздрава России от 08.10.2015г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»
- приказа Минздрава России от 03.08.2012 N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях".

Методические рекомендации подготовлены авторским коллективом в составе:

О.Н.Старцева, А.Н.Ильницкий

Методические рекомендации обсуждены на заседании Ученого совета: «26» октября 2018г.

Протокол № 12

Выписка из протокола № 12

заседания Ученого совета АНО «НИМЦ «Геронтология»

от «26» октября 2018 г.

Повестка дня: обсуждение создания методических рекомендаций по теме: «Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания»

Слушали:

Выступил первый заместитель директора Ильницкий А.Н., доложил о необходимости создания методических рекомендаций по теме «Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания» для представления о том, что такое эйджизм, его преодоление в учреждениях социального обслуживания.

Выступила заместитель директора по клинической работе, профессор Горелик С.Г., методические рекомендации по теме «Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания» предназначены для работников системы социального обслуживания и социального обеспечения, являются необходимыми знаниями для специалистов этого профиля. Учитывая вышесказанное, предлагаю создать методические рекомендации по этой тематике.

Предложение принято единогласно.

Постановили: Методические рекомендации по теме «Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания», создать и распространить по представленным специальностям.

Председатель, первый заместитель директора,

зав. кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины,

д.м.н., профессор

Секретарь, доцент, к.м.н.



А.Н. Ильницкий



Э.В. Фесенко

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
1. Эйджизм: причины, проявления и пути преодоления	5
2. Современная концепция медицинской и социальной помощи пациентам старших возрастных групп	15
3. Терапевтическая среда в стационарном учреждении социального обслуживания как путь преодоления эйджизма	21
Заключение	31
Список использованных источников и литературы	34
Геронтологический глоссарий	35
Приложение	39

ВВЕДЕНИЕ

Прогрессирующее постарение населения характерно для общемировых демографических процессов. Глобальной стратегической линией Всемирной организации здравоохранения в области старения на ближайший (2016-2020г.г.) и отдаленный (2020-2030г.г.) периоды является разработка плана действий в отношении пожилых людей. Экспертами Всемирной организации здравоохранения предлагается рассматривать возрастающие с возрастом проблемы пожилых людей как континуум функционирования и разрабатывать всесторонние меры с учетом понятия функциональной способности. При этом важными направлениями являются изучение индивидуальной жизнеспособности пожилых людей, их потребностей, предоставление комплексной медицинской или долгосрочной помощи, создание учитывающей возрастные особенности среды жизнедеятельности, приводящих к повышению функциональной способности пожилых людей¹.

Решение этих вопросов требует совершенствования геронтологической помощи и дифференцированного подхода к работе с пожилыми людьми на современном этапе.

Отдельную группу составляют пожилые люди, которые не могут самостоятельно без посторонней помощи проживать дома и поступают на постоянное проживание в условия «защищенной среды», то есть в стационарные учреждения социального обслуживания.

В настоящее время система стационарного социального обслуживания представлена домами-интернатами различного профиля: домами-интернатами общего типа, психоневрологическими интернатами, реабилитационными центрами, домами милосердия и геронтологическими центрами. В Российской Федерации в стационарных учреждениях социального обслуживания проживает более 400 тыс. человек пожилого и старческого возраста².

Опыт по стационарному социальному обслуживанию в домах-интернатах разного типа отражен в работах Васильчикова В.М., 2002, 2004; Виноградовой Р.Н., Логуновой А.М., Лугининой О.В., 2001;

¹ Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.who.int/ageing/ru>. Дата обращения: 11.11.2015.

² О социально-экономическом положении пожилых людей: Ежегодный доклад Министерства труда и социальной защиты РФ [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/social/vetaran-defence/34>. Дата обращения: 04.02.2015.

Дементьевой Н.Ф., Касаткиной В.В., 2002; Максимовой Н.Е., 2006; Катюхина В.Н., Дементьевой Н.Ф., 2010; Холостовой Е.И., 2010 и др. Вместе с тем, до настоящего времени в нашей стране фактически не рассматривается такой важный вопрос как эйджизм (дискриминация по возрастному принципу) в стационарных учреждениях социального обслуживания, который проявляется отсутствием должного отношения персонала к пожилым людям, недооценкой их потребностей, а также отсутствием полноценно организованной среды пребывания (терапевтическая среда).

Необходимость организационных изменений в сфере социального обслуживания, принятие Федерального закона № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», вступившего в силу с 01 января 2015 года, предъявляют новые требования к организации социального обслуживания, в том числе стационарного, поиску новых эффективных форм работы в условиях стационарных учреждений социального обслуживания³.

В настоящее время возникло понимание создания терапевтической среды во всех геронтологических стационарах как действенного средства преодоления эйджизма. С целью повышения функциональной способности пожилых людей формирование модели терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания представляется перспективной разработкой, поскольку предусматривает дифференцированный подход при организации мероприятий в учреждении в зависимости от состояния здоровья пациентов старших возрастных групп.

В данном пособии мы предлагаем апробированную нами модель терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания как наиболее действенный метод преодоления эйджизма и повышения достоинства пациентов старших возрастных групп.

1. ЭЙДЖИЗМ: ПРИЧИНЫ, ПРОЯВЛЕНИЯ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Определение. Причины и проявления эйджизма

Эйджизм в широком смысле означает *дискриминацию по возрастному признаку*. Ему могут подвергаться люди разных возрастов.

³ Федеральный закон от 28.12.2013г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» // Российская газета. - 2013. - 30 декабря, № 295.

Но чаще всего от него страдают наиболее молодые и пожилые люди, что обусловлено, во-первых, их большей, в сравнении с другими возрастными группами, незащищенностью. Во-вторых, это объясняется превалированием в современном обществе утилитарного подхода к человеку, отношение к которому зависит от его экономического потенциала, способности производить товары и услуги. На этом основании А.Дж. Тракслер сделал вывод, что оба «конца» жизненного цикла рассматриваются обществом как непроизводительные, а соответствующие им группы населения воспринимаются людьми среднего возраста как бремя. Однако дети являются носителями экономического потенциала, а пожилые люди, напротив, своего рода - «финансовое обязательство».

На распространенность в обществе мнения, согласно которому пожилое поколение считается обузой для государства, указывает и директор Национального института старения США Р.Н. Батлер, подчеркивая, что оно способствует негативному представлению о процессе старения и о пожилых людях.

И если эйджизм в отношении населения младших возрастов – явление временное, проходящее по мере его взросления, то в отношении пожилых людей (геронтологический эйджизм), напротив, с увеличением их возраста эйджистские проявления имеют более пагубные последствия. К тому же, в современном обществе пожилые люди утрачивают социально-значимые функции, в том числе и потому, что они более не являются, как раньше, важнейшим источником информации, знаний и опыта – эти функции теперь реализуют система образования, литература, средства массовой информации и т.д.

Динамичные трансформации культурной, политической и социально-экономической жизни предполагают высокий динамизм в мышлении, освоении новых технологий, выработке подходов и даже смене мировоззрений, функционирование на высоких скоростях, что затрудняет социальную адаптацию пожилых людей, запуская механизмы социальной эксклюзии, исключения. Этому же способствует, особенно распространившаяся в последние десятилетия, мода на молодость, которая, по мнению Л. Щеглова, нередко носит патологический характер с болезненным восприятием старения как проклятия.

Кроме того, пожилой возраст рассматривается как период болезни и приближающейся смерти, неизбежно характеризующийся потерей трудоспособности и постепенным ухудшением здоровья вплоть до полной беспомощности.

Указанное позволяет говорить о пожилых людях как кризисной группе, в отношении которой действуют практики исключения – дискриминации.

Эйджизм – явление не новое, тем не менее, как научная проблема она зазвучала лишь во второй половине XX века в трудах Роберта Батлера. Им было предложено рассматривать *эйджизм* не только как *дискриминацию и пренебрежительное отношение к населению старших возрастных групп*, но и как *негативные установки, стереотипы в отношении пожилых людей и старости* (геронтостереотипы), которые и обуславливают дискриминационные практики.

Исследования, посвященные геронтологическому эйджизму, позволяют судить о его распространенности в разных странах и сферах жизнедеятельности как в повседневных практиках, так и на уровне национальных политик, деятельности учреждений здравоохранения, социального обслуживания.

В целом скудные отечественные исследования, посвященные геронтологическому эйджизму, позволяют судить о его существовании в российском обществе. Об этом свидетельствуют 72% участников общероссийского опроса (2014г.), высказавших мнение, что старым людям в нашем обществе уделяется недостаточно внимания. Согласно результатам исследования пожилых жителей Хабаровского края, 46,8% пожилых из них ответили утвердительно на вопрос «Приходилось ли вам сталкиваться с социальной несправедливостью к себе за последнее время?», что значительно выше результатов десятилетней давности (от 26,0% до 37,0% опрошенных).

Как в России, так и за ее рубежом вполне обыденной практикой является отказ пожилым людям в трудоустройстве на работу или в продлении контракта «по причине возраста». Чрезвычайно распространенное проявление эйджизма - насилие в семье (геронтологический эбьюзинг). Например, психологический эбьюзинг, проявляющийся в обидных прозвищах, негативных высказываниях относительно пожилых людей («ты обуза для семьи», «ты выжила из ума»), унижающих их действиях, игнорировании просьб, потребностей; экономический эбьюзинг, когда у пожилых отбирают пенсии («зачем тебе пенсия, ты что заберешь ее в могилу?»).

Имеются примеры, когда пожилых людей лишают собственного угла, когда дети обманом вынуждают престарелых родителей продать дом или квартиру.

На государственном уровне примеры дискриминации этой возрастной категории включают в себя законы, в которых прямо ограничивается доступ пожилых людей к определенным услугам, или же

практики, когда распределение средств на социальные программы для пожилых людей осуществляется «по остаточному принципу».

А.В. Писарев указывает на позицию, которая, по его мнению, отчетливо прослеживается в отечественной социальной политике: пожилые - это балласт общества, тормозящий реформы.

Принятую в мире практику принятия решений относительно вложения средств в то или иное лечение на основе расчета индекса, показывающего количество здоровых лет, приобретенных в его результате, также следует считать эйджистской. Она всегда будет ставить пожилых людей в проигрышную ситуацию, поскольку у них в принципе осталось меньше лет жизни, чем у остальных возрастных групп.

Проявлением латентного эйджизма, по мнению Л. Рогозина, следует считать «чуждо звучащий для обыденного слуха термин «период дожития», который «занял прочное место в тезаурусе социальных программ». Этот термин ассоциирует старший возраст с упадком и недееспособностью, предполагая тем самым необходимость программ, ориентированных на обеспечение условий только лишь для «дожития».

Большой самостоятельной проблемой является геронтологический эйджизм в стационарных социальных учреждениях. В докладе Верховного комиссара ООН по правам человека (2012г.) отмечается, что в учреждениях по уходу пожилые люди могут подвергаться запугиванию и агрессии, по отношению к ним могут использоваться неоправданные методы контроля поведения, допускаться невнимание, отсутствие должной или необходимой заботы, а также другие формы бесчеловечного обращения, выражена обеспокоенность числом нерегистрируемых случаев насилия по отношению к ним в ситуациях, когда за ними осуществляется уход. Проблемными являются случаи, когда уход за пожилыми людьми осуществляется путем принудительного помещения их в специализированные учреждения. Велики риски отрицательных последствий пребывания в подобных учреждениях для достоинства и самостоятельности пожилых людей.

Стереотипы в отношении людей старших возрастных групп и эйджизм

К наиболее распространенным геронтостереотипам относятся представления о пожилых людях, согласно которым они:

- болезненные, слабые, незащищенные и неспособные постоять за себя;
- не могут работать, осваивать новые навыки и вообще – обучаться, лишены творческого потенциала, а их развитие затормаживается,

- с возрастом утрачивают умение принимать правильные решения, нуждаются в постоянной помощи и опеке;

- ведут изолированную жизнь, ничем не интересуются, несчастны;

- часто страдают нарушениями мозговой деятельности;

- консервативны, сварливы, скучны, ригидны (негибки), непривлекательны, асексуальны.

Влияние геронтостереотипов заключается в том, что, люди, воспринимая пожилое население сквозь призму таких установок, действуют в отношении с ними в соответствии с этими представлениями, *без учета реального состояния дел и индивидуальных особенностей каждого конкретного пожилого человека.*

Иллюстрацией этому служат данные одного из исследований, в котором анализируется консультация кардиологов со специалистом сердечно-торакальной хирургии по поводу потенциальных кандидатов на операцию. Оно показало, что во многих случаях именно возраст пациента, а не реальное состояние его здоровья, оказывал решающее влияние на исход обсуждения – рекомендовать или не рекомендовать пациента к операции.

Геронтостереотипы проявляются и в том, что когда пожилые люди забывают чье-то имя, это рассматривается как результат старческих изменений, а когда молодой - считается, что у него плохая память. Когда пожилой человек жалуется на жизнь или на конкретную ситуацию, его считают капризным и трудным, тогда как аналогичное поведение молодого человека расценивается как критический взгляд на вещи. Если пожилой человек имеет проблемы со слухом, это обычно связывают с процессом старения, если их имеет молодой, то чаще предполагают результат болезни и т.д.

Медицинские и социальные работники также полны стереотипов и установок о способностях пожилых пациентов, качестве или ценности их жизни, заблуждений об их желаниях при выборе тех или иных форм лечения, обслуживания. В результате часто врачи подходят к лечению пожилых людей заранее уверенные в его бесперспективности. Нередки случаи, когда просьбы и жалобы пожилых людей воспринимаются как капризы, и потому – игнорируются, что также снижает качество их обслуживания.

В результате геронтостереотипов о состоянии здоровья в пожилом возрасте при одинаковых симптомах врачи нередко приписывают пожилым пациентам более тяжелую степень заболеваний, чем молодым, и стратегия лечения при одинаковой симптоматике бывает также необоснованно разная.

Стереотип о старении как состоянии непрерывного снижения физической и когнитивной функций ведет в старших возрастных группах к предпочтению лечения заболеваний вместо их профилактики. Между тем, многие «обычные старческие» болезни, например, остеопороз, сахарный диабет, артериальная гипертензия, могут иметь обратимый характер и быть предупреждены с помощью превентивных мер.

Геронтостереотипы, существующие в обществе, у медицинских и социальных работников, влияют не только на тех, кто общается с пожилыми людьми, но и на самих пожилых людей, усваиваясь ими. Имея массовый характер, такие стереотипы приобретают силу норм, предписывающих пожилым людям те или иные ценности, которыми они должны или не должны обладать, формы поведения, свойственные этому возрасту; формируя представление о том, что для пожилых людей нормально, а что – нет. Так, мужчина 88 лет, всю жизнь занимавшийся спортом, «моржеванием», переживает из-за того, что теперь он не может окунаться в прорубь, ходить в баню, ведь «что люди скажут: старик, а все туда – же».

Наиболее распространенной фразой, демонстрирующей эйджизм, является следующая реакция на жалобы пожилого человека относительно его плохого самочувствия: «В вашем возрасте это уже положено...». Сама по себе эта фраза предполагает, что раз плохое самочувствие является непременным атрибутом данного возраста, то и серьезного лечения не требуется, обуславливая попустительское отношение к пожилым пациентам. В одном из исследований приводятся следующие их цитаты: «...Мне сказали, что нет никакого смысла в этой операции «в Вашем возрасте», «...Они действуют в качестве судей относительно нашего здоровья», «...Я испытываю боли в груди при физической нагрузке. Врач сказал, что это *возрастные* изменения и не направил меня к врачу-специалисту или на обследование...», «...Я испытываю постоянную боль, принимая восемь обезболивающих в день, а они [врачи] говорят, что в моем возрасте страдания неизбежны...».

Такая установка в общественном сознании имеет и другие следствия. Усвоение пожилыми людьми стереотипа о том, что пожилой возраст сопряжен с болезнями, когда недомогание рассматривается как синоним старости, обуславливает у многих из них пассивно-фаталистическое отношение к своему здоровью, попустительское отношение к себе, а далее – ряд самоограничений («мне уже ничего не нужно, я свое пожил») – самодискриминацию.

Существующий в массовом сознании стереотип, что люди, вышедшие на пенсию, просто доживают жизнь; что раз они не трудятся, не приносят прибыль (пользу), значит - не могут и не должны

претендовать на социальные блага, не достойны внимания, поддержки и т.п., часто обуславливает их самоуничижение, в результате которого они не только самоизолируются из социальных отношений, но и настраивают против себя окружающих.

Усвоение пожилыми людьми негативных стереотипов выступает механизмом самосбывающегося пророчества, формируя у них «старческое» поведение и заставляя их прийти к пониманию, что они больше не самостоятельны, должны снизить уровень своих притязаний и принять пассивную, подчиненную роль.

Массовые негативные герондостереотипы не только заставляют пожилых людей подчинить себя им, но также «оправдывают» применение насилия или менее явные формы предвзятого, отрицательного отношения к людям старших возрастных групп. Так, представление о снижении у пожилых людей когнитивных процессов, неспособности принимать правильные решения приводит к тому, что не посоветовавшись с ними, вместо них принимаются решение о том, что им нужно и как им будет лучше.

В различных исследованиях приводятся примеры, когда пожилые люди сообщали об игнорировании медицинским персоналом и социальными работниками их мнения. Они часто с возмущением упоминали практику сотрудников информировать членов семьи об их состоянии, не посоветовавшись об этом с ними. Они также сообщали, что не были надлежащим образом информированы о причинах тех или иных медицинских назначений, поскольку в процессе принятия решений об их лечении с ними этот вопрос не обсуждался, что вылилось в нарушение их личной автономии.

Аналогичная тема поднимается в докладе Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека, указывающего, что пожилые люди часто не располагают достаточной информацией, временем и практической возможностью для того, чтобы дать добровольное, заблаговременное и осознанное согласие на выбор тех или иных видов лечения, обслуживания и ухода. Но даже их конкретные указания по лечению и уходу за ними в конце жизни, порой даваемые в письменной форме за годы вперед, не всегда принимаются во внимание.

Т.Д. Нельсон, анализируя проявления эйджизма в повседневной практике, акцентирует внимание на таких из них как *покровительственный язык (вторичный «детский лепет»)* и отношение к пожилым людям, которые являются следствием негативных герондостереотипов. Он указывает на то, что как ни парадоксально это звучит, люди реализуют такие эйджистские практики, имея самые добрые намерения в отношении пожилых.

Покровительственные язык и отношение проявляются в том, что люди в общении с пожилыми, говорят громко, медленно, более высоким тоном, форсируя интонации, используя простые предложения. Такое поведение основано на стереотипе, что население старших возрастных групп имеет проблемы со слухом, сниженный интеллект и медленные когнитивные процессы.

Пожилые люди неоднозначно реагируют на такое обращение. Часть из них положительно относятся к такой форме общения, даже чувствуют себя лучше, других это возмущает, они с неприязнью относятся к людям, которые таким образом разговаривают с ними.

Пожилые люди, имеющие более низкие функциональные способности, «детский лепет» считают предпочтительным, потому что такая речь носит успокоительный характер. Напротив, отличающиеся высоким когнитивным и социальным функционированием, воспринимают вторичный «детский лепет» как неуважение, унижительное отношение, разговор свысока.

Действительно, старение может сопровождаться ростом зависимости пожилых людей от окружающих. Однако, по многократным свидетельствам пожилых, их часто считают некомпетентными, не принимая в расчет накопленный десятилетиями опыт самостоятельной работы и независимой плодотворной жизни. Они постоянно указывают на унижительное отношение к ним со стороны опекунов, государственных служащих или родственников, которые обращаются с ними «как с детьми» только потому, что темп их ходьбы, речь и скорость реакции замедлены.

Так, в одном из исследований сиделок в стационарных социальных учреждениях было обнаружено, что с пожилыми людьми сотрудники говорили медленно, простыми, короткими предложениями, повторяя их. И это не зависело от того, каково когнитивное или физическое состояние здоровья пожилого человека. Триггером, запускающим такое поведение, был просто возраст человека.

Между тем, исследования Н. Giles и его коллег продемонстрировали, что люди старших возрастных категорий, которые часто находятся под влиянием покровительственного языка и отношения, проявляют себя как более старые в сравнении с контрольной группой. В конечном итоге, такое поведение в виде самосбывающегося пророчества, делает пожилых людей неуверенными, несамостоятельными, инфантилизирует их.

Доказательством этому служит эксперимент Avorn и Langer, в котором пожилым клиентам давали решать головоломку, при этом, в одном случае им помогали, а в другом – только поощряли их работу над ней. Результаты показали, что когда клиентам помогали, они оценивали

задание как более сложное, а себя считали в меньшей степени способными, их активность в решении головоломки была значительно слабее, в сравнении с ситуацией, когда их поощряли.

Конечно же, старость часто сопровождается изменением биопсихических функций человека, что может вызывать сложности во взаимодействии с пожилыми людьми, и негатив. Но следует учитывать, что категория «пожилые люди» не однородна, а потому стереотипизация этого возраста ущербна. В последние десятилетия, например, отчетливо выделилась группа так называемого «третьего возраста» - «молодые старики» – результат грамотной социальной политики, успешного экономического и демографического развития. Это часть населения, которую относят к пожилой, однако она обладает существенным человеческим потенциалом (здоровьем, социально значимыми навыками, знаниями, опытом), а также желанием его реализовывать, в том числе и в профессиональной деятельности. Тем самым, она представляет значимый ресурс развития общества, а образ жизни ее представителей ни как не может быть ассоциирован с «дожитием».

В связи с определяющим влиянием социокультурных стереотипов на процесс старения, в последние годы набирает силу тенденция, согласно которой старость рассматривается не только и не столько как биологическое, сколько социальное явление.

А. Левинсон отмечает, что в нашем светском обществе старость служит растянутым во времени ритуалом приготовления всех его участников к смерти одного из них. «Современному сообществу удобно думать, что это происходит «объективным» путем, за счет развития сенильных расстройств - старческого слабоумия, маразма, болезни Альцгеймера и пр. Нам неловко признаться, что старики неадекватность, имеет она «объективные» причины или нет, является, прежде всего, вмененной. Она задана как норма всем участникам ситуации, в том числе и самим старикам, с тем, чтобы они применили ее к себе».

Осознание социальных механизмов навязывания конструкта старости позволило сформироваться концепции позитивного старения, элементами которой является рефлексия пожилыми людьми негативных геронтостереотипов и их преодоление в собственной жизни. В ней утверждается, что хронологическое старение не является определяющим в качестве жизни пожилого человека. Старение – это часть человеческого существования, *«проблема», которую надо преодолеть*. И те, кто не в состоянии сделать старение позитивным, сами ответственны за это.

Часто эйджизм выступает результатом негативного опыта общения с пожилыми людьми или социализации, воспитания в семье,

сформировавшими такую позицию. Во многих случаях эйджизм является результатом геронтологической неграмотности людей и некомпетентности специалистов, работающих с пожилыми людьми. Низкий социальный статус профессий, ориентированных на оказание услуг пожилым людям, их дефицит и качество, наличие физических, психических, моральных осложнений во время обслуживания этой категории также выступают предпосылками дискриминационных практик.

Причиной, затрудняющей преодоление эйджизма, является и то, что в ряде случаев пожилые люди не квалифицируют его проявления как дискриминационные практики, например, в силу низкой своей информированности. Часто пожилые люди, их родственники просто не знают, что то или иное обращение может быть классифицировано как злоупотребление, или не знают о механизмах его преодоления, борьбы с дискриминационными практиками.

Для некоторой части пожилого населения не замечать эйджизм является способом не признавать своего старения, «отмежеваться» от этой возрастной группы, стереотипов и моделей поведения, свойственных ей.

Во многих случаях пожилые люди, осознавая дискриминацию, тем не менее, не предпринимают никаких мер, в силу убежденности, что лучше все оставить как есть, поскольку они не могут изменить ситуацию и боятся сделать себе хуже. Страдая от рук детей и внуков, они не хотят рассказывать о своей беде, поскольку не желают наказания виновных, и, более того, они всячески оправдывают и защищают их.

Преодоление эйджизма

Для преодоления эйджизма целесообразна реализация следующих мер:

1. Официальное признание фактов эйджизма и недопустимости использования возраста в качестве критерия, ограничивающего доступ пожилым людям к тем или иным услугам и программам.

2. Разработка механизмов выявления эйджизма на уровне политик, деятельности различных учреждений, указаний по учету и отчетности о фактах возрастной дискриминации.

3. Повышение компетентности специалистов в области геронтологии и гериатрии посредством соответствующих курсов с включением в них семинаров и тренингов противоэйджистской направленности.

4. Разработка информационных материалов по проблеме эйджизма для специалистов, работающих с пожилыми людьми.

5. Просвещение пожилых людей, их опекунов и населения в целом по данной теме.

6. Содействие усилению роли пожилых людей в решении их проблем посредством включения их в экспертные группы по разработке программ и мероприятий в различных областях жизнедеятельности.

7. Работа с пожилыми людьми по социальному конструированию продуктивной старости, в рамках которой они будут осознанно выстраивать социально эффективные индивидуальные жизненные стратегии.

8. Формирование положительного образа пожилых людей, развенчание негативных геронтостереотипов и мифов.

9. Формирование в учреждениях, оказывающих помощь пожилым людям, особой «терапевтической» среды.

2. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Синдром старческой астении

Основу современной гериатрии и представлений об оценке степени функциональной независимости пожилого человека составляют общие гериатрические синдромы и синдром старческой астении, которые встречаются у лиц старших возрастных групп.

Синдром старческой астении (англ. frailty) в литературе трактуется по-разному: как феномен старческого одряхления, инволютивная хрупкость, старческая немощь, или «хрупкость» при дословном переводе с английского языка. В отечественной медицинской науке наиболее удачным считается определение термина «старческая астения». Как синдром, старческая астения является возраст-зависимым состоянием, встречается у лиц старше 65 лет, является проявлением возрастных изменений, которые приводят к поражению органов и систем пожилого организма, значительно снижая параметры его функционирования.

В этой связи диагностика синдрома старческой астении является важной современной характеристикой функционального состояния и здоровья пожилых пациентов, а также отражает потребность в социально-медицинской помощи и гериатрическом уходе.

Изучению концепции старческой астении и связанных с ней гериатрических синдромов посвящены многие работы отечественных и зарубежных ученых. По мнению исследователей, к старческой астении способны приводить около 65 гериатрических синдромов. Наиболее распространенными и простыми для выявления в пожилом возрасте

являются такие состояния, как нарушение скорости передвижения, потеря веса, доказанное динамометрически снижение силы кисти, выраженная слабость и повышенная утомляемость, значительное снижение физической активности. По данным авторов, сочетание трех и более указанных симптомов позволяет говорить о развитии старческой астении, а один или два симптома говорят о наличии старческой преастении.

Изучение распространенности синдрома старческой астении в современных социально-демографических условиях, связанных с ростом доли пожилых и старых людей, является актуальной проблемой гериатрии. По литературным данным в Российской Федерации у 84% лиц старших возрастных групп отмечается наличие старческой астении, которой, наряду с хроническими множественными заболеваниями, сопутствуют общие гериатрические синдромы, приводящие к снижению резервных возможностей и функциональных способностей пожилого организма.

В связи с этим, оценка гериатрического статуса является важной характеристикой состояния здоровья пациентов старших возрастных групп. Выявление таких гериатрических синдромов, как нарушение функции передвижения, включающее нарушение устойчивости и походки, низкий уровень двигательной активности и связанный с ними синдром падений, синдром мальнутриции и снижение массы тела, тревожно-депрессивный синдром, развитие когнитивных нарушений, недержание мочи и кала, наличие пролежней, зависимость от посторонней помощи служат прогностическим фактором и мерой оценки степени утраты самообслуживания в пожилом возрасте.

Выявление старческой астении и гериатрических синдромов необходимо учитывать при разработке реабилитационных мероприятий, организации среды проживания и качественного долгосрочного ухода во всех геронтологических стационарах. Для этого, наряду с традиционными методами общего клинического исследования органов и систем, лицам старше 65 лет рекомендуется проводить специальную гериатрическую диагностику, которая дает возможность оценить статус пожилого пациента, его физикальные, функциональные и психосоциальные особенности.

С этой целью предложено проводить специализированный гериатрический осмотр с использованием специальных опросников и шкал, ориентированных на выявление старческой астении, изучение социального статуса и рисков снижения качества жизни у человека пожилого и, особенно, старческого возраста.

Синдром старческой астении является фактором взаимоотношения при различных патологических состояниях в пожилом и старческом

возрасте, поэтому оценка гериатрического статуса в последнее время проводится специалистами разного профиля при терапевтических заболеваниях, таких как, сердечно-сосудистых, заболеваниях опорно-двигательного аппарата и синдроме гипомобильности, хронической обструктивной болезни легких, при хирургических заболеваниях, урогенитальных расстройствах. Имеются работы о необходимости включения простых оценочных шкал самооценки здоровья и когнитивных нарушений при обследовании пожилых пациентов, находящихся на домашнем обслуживании. Во всех работах показана значимость диагностики гериатрических синдромов и синдрома старческой астении у пациентов старших возрастных групп.

Поскольку старческая астения ассоциируется с понятием социально-медицинской помощи и организацией гериатрического ухода, по мнению ученых, необходимо проведение специализированного гериатрического осмотра, как в учреждениях здравоохранения, так и социального обслуживания. Для скрининга диагностики старческой астении и оценки гериатрического статуса в данных учреждениях предложена специально разработанная компьютерная программа [доступна на Интернет-сайте www.gerontolog.info, Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Богат С.В., 2014].

Выявление ведущих гериатрических синдромов позволит объективизировать состояние здоровья пожилых людей и может служить важной информацией для дифференцированного подхода к социально-медицинскому обслуживанию пациентов старших возрастных групп в стационарных социальных учреждениях. Эти данные должны учитываться при разработке программ гериатрического ухода, организации мероприятий медицинского и социального характера для улучшения функционального состояния пожилых людей и качества их жизни.

Специализированный гериатрический осмотр

Специализированный гериатрический осмотр проводится по специальным шкалам, используемым для оценки гериатрического статуса, и состоит из 5 частей: «Оценка двигательной активности у пожилых людей», выявление степени нарушения питания и риска развития синдрома мальнутриции, оценка когнитивных способностей «Мини-исследование умственного состояния», оценка морального статуса и оценка уровня независимости в повседневной жизни по шкале Бартела. По мнению ученых, изучение этих показателей является наиболее важным при оценке состояния пожилых людей. Каждый показатель оценивается в баллах (Приложение).

Первая часть специализированного гериатрического осмотра - оценка двигательной активности. Изучение этого параметра проводится по изучению показателей устойчивости и параметров ходьбы. Каждому параметру соответствуют следующие значения: 0 баллов – грубое нарушение, 1 балл – умеренное, а 2 балла – отсутствие двигательных нарушений. При этом из параметров устойчивости оцениваются следующие показатели: устойчивость пациента сидя, при попытке встать из положения сидя или лежа, длительность стояния на двух ногах, устойчивость при толчке в грудь, при поворотах, переступаниях, при возможности стояния с закрытыми глазами, стояния на одной ноге, при наклонах туловища назад, вниз, при дотягивании вверх и присаживании на стул.

Оценка параметров устойчивости проводится по сумме всех баллов: сумма от 0 до 10 баллов - значительная степень нарушений устойчивости, от 11 до 21 баллов – умеренная степень, 21 - 22 – балла - легкие нарушения устойчивости, 23 балла и выше – отсутствие нарушений устойчивости.

При изучении параметров ходьбы оцениваются начало движения, качество ходьбы (непрерывность и симметричность), устойчивость и покачивание при ходьбе, высота и длина шага. Затем оценивается результат суммы баллов: от 0 до 10 баллов – значительная степень нарушения походки, от 11 до 13 баллов – умеренные нарушения, 14 – 15 баллов – легкие, 16 баллов и выше – нет нарушений параметров ходьбы.

По общей сумме этих параметров можно судить о двигательной активности пациента и его мобильности, играющим определяющую роль в возможности самообслуживания и ухода за собой. Если суммарный балл по двум параметрам (устойчивости и ходьбы) составляет от 0 до 20, следовательно, у пациента имеются значительные двигательные нарушения, от 21 до 33 баллов – умеренные нарушения, от 34 до 38 баллов – легкие двигательные нарушения, 39 баллов и выше свидетельствуют об отсутствии двигательных нарушений.

Вторая часть специализированного гериатрического осмотра - оценка степени нарушения питания и риска развития синдрома мальнутриции проводится по параметрам, состоящим из двух частей.

Вопросы первой части опросника Mininutritionalassessment (MNA) позволяют оценить риск развития и степень нарушения питания (недостаток или избыток) у пожилого человека. При этом в баллах оцениваются следующие параметры: состояние аппетита (от 0 до 2 баллов), динамика массы тела на протяжении месяца (от 0 до 3 баллов), наличие стрессов (0-1 балл), наличие психологических проблем (деменции или депрессии) и мобильности пациента (от 0 до 2 баллов). При

суммировании баллов по данным показателям значение менее 11 баллов говорит о риске развития синдрома мальнутриции, 12 и более баллов означает нормальное значение.

Вторая часть опросника позволяет судить о пищевых пристрастиях пожилого человека, регулярности употребления основных продуктов, таких как белковых продуктов, овощей, фруктов, а так же в водном режиме, самостоятельности при приеме пищи, собственной оценке здоровья и питания. Оценка параметров этой части опросника колеблется от 0 до 2 баллов, в зависимости от вопроса. Показатель 0 баллов свидетельствует о наличии у пациента выраженной проблемы, а чем выше балл, тем меньше проблема по данному критерию.

Оценка второй части опросника также проводится по сумме баллов, после чего определяется совокупная сумма баллов обеих частей.

Синдром мальнутриции определяется при общей сумме меньше 17 баллов, 17 - 23,5 балла свидетельствует о риске развития синдрома мальнутриции, 24 балла и больше означает нормальный показатель питания.

Третья часть специализированного гериатрического осмотра - изучение когнитивных способностей пожилого человека. Изучение этих данных играет важное значение в оценке состояния пожилого человека, поскольку от выраженности изменений в когнитивной сфере зависит возможность самообслуживания в пожилом возрасте и определение нуждаемости в постоянной посторонней помощи.

Оценка проводится при помощи опросника «Minimalstateexamination» (теста мини-исследование умственного состояния). Пожилому человеку необходимо выполнить задания на ориентацию во времени (назвать сегодняшнее число, месяц, год, день недели и время года). За каждый правильный ответ начисляется 1 балл.

Ориентировка в месте пребывания включает оценку ответа на вопрос: «Где мы находимся?». Пациент должен назвать страну, область, город, учреждение в котором он находится, номер комнаты (или этаж). За каждый правильный ответ так же начисляется 1 балл.

Оценка восприятия включает повторение и запоминание трех слов. Правильное повторение и запоминание слов оценивается в один балл для каждого из слов. Задание на внимание включает правильное выполнение счета – до 5 баллов.

При оценке когнитивных способностей пациенту предлагается выполнить определенные команды (назвать два предмета, повторить выражение, выполнить трехэтапную моторную команду), за которые он получает до 3 баллов, прочесть и выполнить написанное на бумаге задание, написать предложение, срисовать рисунок – оценка 1 балл.

Общий результат определяется путем суммирования всех баллов, при этом, чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит. При сумме 9 и менее баллов отмечаются тяжелые когнитивные нарушения, от 10 до 20 баллов – умеренные, 21 – 24 балла – легкие нарушения, наличие 25 баллов и выше говорит об отсутствии когнитивных нарушений.

Четвертая часть специализированного гериатрического осмотра - оценка морального статуса. Изучение морального состояния очень значимо, так как отражает степень субъективной удовлетворенности пожилым человеком собой, условиями жизни, средой окружения и степень его внутренней комфортности. Оценка данных показателей проводится по опроснику «*Philadelphiageriatricmoralescale*».

Параметры, характеризующие моральный статус пожилого человека оцениваются в баллах от 0 до 5, при чем, чем выше балл, тем хуже его моральное состояние. Опросник включает 17 вопросов, позволяющих оценить субъективную динамику морального состояния пожилого человека, наличие или отсутствие у него проблем, чувства одиночества, моральной уравновешенности, или наоборот, наличие проблем в приспособлении к новым условиям жизни, а итоге, наличие или отсутствие удовлетворенности имеющимся психологическим состоянием.

Общая сумма баллов позволяет оценить моральное состояние пожилого человека, при этом, чем выше сумма баллов, тем хуже моральное состояние: менее 50 баллов – хорошее моральное состояние, от 51 до 67 – удовлетворительное и от 68 до 85 баллов – плохое состояние.

Пятая часть специализированного гериатрического осмотра - уровень независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Этот параметр оценивается по шкале Бартела. Данная шкала содержит вопросы, касающиеся возможности самостоятельного вставания с постели, приема пищи, самостоятельного пользования столовыми приборами, самостоятельного проведения гигиенического туалета (умывание, причесывание, чистка зубов, бритье), самостоятельного одевания и раздевания, контроля тазовых функций, или необходимости пользоваться судном или уткой, возможности самостоятельного приема ванны, самостоятельного передвижения без посторонней помощи, с посторонней помощью, или с помощью средств реабилитации или кресла-коляски, самостоятельного подъема по лестнице.

Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 20, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов. Суммарный балл 0 до 20 говорит о полной зависимости пациента от посторонней помощи, от 21 до 60 баллов – о выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов – об

умеренной зависимости, от 91 до 99 – о легкой зависимости, 100 баллов - о его полной независимости в повседневной жизни.

Таким образом, при длительном нахождении человека пожилого и старческого возраста в стационарном социальном учреждении большое значение для поддержания достойной жизни имеет коррекция его состояния и приспособление среды обитания в зависимости от наличия и степени выраженности специфического для гериатрии синдрома – старческой астении, который может быть выявлен посредством набора опросников и шкал – специализированного гериатрического осмотра.

3. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КАК ПУТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЭЙДЖИЗМА

Создание терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания основано на принципе разделения пациентов на клиничко-реабилитационные гериатрические группы после специализированного гериатрического осмотра.

Клиничко-реабилитационные гериатрические группы

1. Активные пациенты с отсутствием или легкими нарушениями гериатрического статуса.
2. Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса.
 - 2.1. Пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом.
 - 2.2. Пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями.
3. Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса.
 - 3.1. Пациенты с умеренным/тяжелым когнитивным дефицитом или умеренными/тяжелыми двигательными нарушениями.
 - 3.2. Терминальная стадия старческой астении.

Первая клиничко-реабилитационная гериатрическая группа пациентов не имеет умеренных и выраженных ограничений общей двигательной активности и когнитивных нарушений.

Вторую клиничко-реабилитационную гериатрическую группу составляют пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы: пациенты с наличием умеренного когнитивного дефицита при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности и пациенты с умеренными

нарушениями общей двигательной активности, у которых не выявлено когнитивных нарушений.

Третья клинико-реабилитационная гериатрическая группа – это пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. В свою очередь, они также делятся на две подгруппы: пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций и пациенты со значительными нарушениями общей двигательной активности и тяжелым когнитивным дефицитом (терминальная стадия старческой астении).

Мероприятия терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания

При создании терапевтической среды в стационарном учреждении целесообразно выделить базовые, т.е. общие основные мероприятия для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп и специальные мероприятия для каждой группы пациентов в зависимости от гериатрического статуса.

Базовые мероприятия терапевтической среды

Цель. Создание и поддержание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности пожилых людей путем использования всех компонентов среды (физических условий, медицинского, психологического и социального), взаимодействующих между собой и имеющих реабилитационное и терапевтическое воздействие на пациента, независимо от его возраста и гериатрического статуса.

При формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания базовые или общие мероприятия должны включать три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты среды; социально-медицинские; психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий, как для жизни, так и для реабилитации пожилого человека, исключая воздействие потенциально неблагоприятных факторов.

Интерьерный и экстерьерный компоненты среды

Цель. Социотерапевтическое воздействие окружающей среды на личность пожилого человека.

Содержание. Согласно мнению экспертов, важное значение играет эстетическое оформление всех помещений (холлов, коридоров и комнат),

использование современных дизайнерских решений, безопасных строительных материалов. В жилых комнатах рекомендуется создание максимального уюта, обеспечение комфортного температурного режима, оснащение удобной мебелью, адаптированной к нуждам пожилых людей и инвалидов, индивидуальное освещение, использование элементов домашней обстановки (картины, фотографии, предметы домашнего интерьера, разнообразие комнатных растений).

В учреждении необходимо предусмотреть рациональное размещение информации (часы с крупным циферблатом, календари, указывающие дату и день недели, «бегущая строка», общая информация на стендах о работе организации, сотрудниках учреждения, режим дня, расписания мероприятий, информационные указатели помещений, в том числе пиктограммы, тактильно-информационные знаки).

В коридорах, в палатах, в туалетных и ваннных комнатах следует установить поручни, перила на лестницах и лестничных площадках, оснастить учреждения знаками доступности.

В целях профилактики синдрома падений необходимо создание широких свободных проходов, обеспечение достаточной освещенности во всех помещениях, исключение скользких неровных поверхностей, фиксация ковровых покрытий к полу. В жилых комнатах следует предусмотреть наличие кнопки вызова персонала.

Для обеспечения достаточного питьевого режима - установка кулеров и пурифайеров в коридорах и холлах.

Необходимо уделить особое внимание благоустройству территории учреждения, созданию эстетически оформленной среды с использованием ландшафтных элементов в оформлении мест отдыха (установка удобных скамеек для отдыха, беседок и павильонов; оформление широких, с гладким покрытием, прогулочных дорожек; разбивка газонов и цветочных клумб, посадка деревьев и кустарников), организацию на территории учреждения магазинов и кафе.

Следует провести мероприятия по созданию безопасной безбарьерной среды для пожилых людей (достаточная освещенность территории, удобные подъездные пути, оборудование пандусов, поручней, подъемников, оснащение информационными знаками), устранение препятствий и опасных приспособлений. Для оздоровительных занятий рекомендуется оборудование спортивных площадок, оснащение их специальными уличными тренажерами.

В целях расширения коммуникативных возможностей необходимо обеспечить пожилых людей книгами, журналами, газетами, настольными играми; целесообразна организация местной радиосвязи, выпуск ежемесячной газеты, буклетов, памяток, брошюр, создание видеофильмов

о работе учреждения, функционирование сайта учреждения, также предоставить возможность пользоваться современными информационными технологиями (стационарным и мобильным телефоном, компьютером, Интернетом).

Социально-медицинские мероприятия

Цель. Поддержание максимально возможного качества жизни и сохранение здоровья пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания.

Содержание. Согласно мнениям экспертов социально-медицинский компонент терапевтической среды должен включать средства и методы медико-социальной реабилитации, направленные на коррекцию ведущих гериатрических синдромов.

Обязательным условием является оценка общего состояния пациентов, показателей жизнедеятельности и динамическое наблюдение медицинским персоналом, при необходимости, измерение температуры тела, контроль артериального давления. При назначении медикаментозного лечения и проведения процедур, связанных со здоровьем, осуществляется строгий контроль за выдачей и приемом лекарств.

С целью поддержания физической активности, эксперты рекомендуют использовать разнообразный арсенал реабилитационного оборудования и средств для занятий лечебной физкультурой, кинезотерапией, включающих разнообразные виды компенсирующих приспособлений и устройств.

В стационарном социальном учреждении должны учитываться потребности в обеспечении одеждой и обувью с учетом запросов и пожеланий пожилого человека, подбор вещей по сезону, росту, размеру; подбор удобной, при необходимости, ортопедической обуви для пациентов в целях профилактики синдрома падений.

Следует обеспечить пациентам достаточный питьевой режим, разнообразное питание в столовой учреждения 3-4 раза в день, при необходимости организовать диетическое питание, а также возможность самостоятельного приготовления пищи в специально отведенных местах.

Психолого – педагогические мероприятия

Цель. Создание благоприятного психологического микроклимата в стационарном учреждении социального обслуживания.

Содержание. Психолого-педагогический компонент включает мероприятия по социально-психологической адаптации пожилых людей:

- анкетирование пожилых людей, поступающих на стационарное обслуживание в дом-интернат, в целях получения общей информации о личной истории пожилого человека, его увлечениях, привычках и предпочтениях, которые затем могут быть использованы для его включения в социальную жизнь учреждения. Это позволит выявить «кризисных пациентов», нуждающихся в дополнительной психологической, социальной, бытовой поддержке;

- информирование о работе учреждения, о возможностях учреждения, о специалистах, досуговых мероприятиях, о расположении помещений.

Из методов работы рекомендуется проведение индивидуальных и групповых консультаций психологов, специалистов по социальной работе. Учитывая психологические особенности пациентов старших возрастных групп, на занятиях возможно использовать релаксационные и акустические методики (медитация, аутотренинги).

С целью повышения жизненной активности пожилых людей следует применять арт-терапевтические методики (музыкотерапия, фототерапия, мемуаротерапия, библиотерапия, сказкотерапия, изотерапия, терапия творческим самовыражением). Эти мероприятия направлены так же на оптимизацию психического состояния и поддержание интеллектуального уровня пациентов.

В целях установления межличностного общения, гармонизации взаимоотношений, улучшения общего эмоционального фона пожилых людей, повышения уверенности их в своих силах целесообразна организация выставок творческих работ проживающих, создание фото- и арт-альбомов, участие пожилых людей в оформлении стендов, в выпуске ежемесячной газеты дома-интерната.

Психоэмоциональные проблемы пожилых людей можно скорректировать с помощью общения с животными, используя для этих целей методики, анималотерапии, иппотренинга, иппотерапии и др., поскольку такие занятия оказывают гармонизирующее воздействие на пожилого человека.

Для пожилых пациентов следует организовать образовательные мероприятия, включающие обучение их навыкам самоконтроля за состоянием здоровья, контролю эмоций, правильному питанию, а также занятия по профилактике развития и прогрессирования когнитивных расстройств, обучение пожилых людей компьютерной грамотности.

Для улучшения психоэмоционального состояния пожилых людей следует шире вовлекать их в активную досуговую деятельность, включающую развлекательно-образовательные и оздоровительные формы: концерты, праздники, выставки, конкурсы, физкультурные

турниры, интеллектуальные игры, викторины, просмотр фильмов, экскурсии, организовать различные формы досуга с добровольностью в их выборе (кружки, любительские объединения, клубы по интересам).

Кроме того, необходимо обеспечить возможность контактов пожилых людей с родственниками, близкими и знакомыми людьми в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

Специальные мероприятия терапевтической среды для клинико-реабилитационных гериатрических групп

Цель. Сформировать терапевтическую среду в стационарном социальном учреждении в зависимости от гериатрического статуса пациентов и распределения их на клинико-реабилитационные гериатрические группы.

Для этого проводится комплексный гериатрический осмотр пациентов старше 65 лет, который включает в себя традиционный сбор анамнеза, клинический осмотр и специализированный гериатрический осмотр.

В связи с этим, специальные мероприятия терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания представлены для трех групп, в зависимости от дифференцировки пациентов по степени выраженности и сочетанию нарушений общей двигательной активности и нарушений когнитивных функций.

Терапевтическая среда для активных пациентов

Характеристика клинико-реабилитационной гериатрической группы: пациенты не имеют выраженных ограничений общей двигательной активности и нарушений когнитивных функций или имеют легкие нарушения гериатрического статуса. Это социально-активные пожилые люди, не имеющие значительных ограничений в физической активности, имеющие высокий уровень мотивации, потребность осуществлять посильную трудовую деятельность, участвовать в общественно-полезной и культурно-досуговой деятельности.

Цель. Поддержание здоровья и продление активного долголетия («healthpromotion»).

Содержание. В дополнение к базовым мероприятиям терапевтической среды для данных пациентов рекомендуется шире использовать мероприятия, направленные на продление активного долголетия.

Для этой категории пациентов необходимо активное включение в лечебно-трудовую деятельность, в том числе работу на штатных должностях учреждения. Трудовая деятельность благотворно влияет на пожилого человека, оказывая при этом клинический, психологический и реабилитационный эффект. Трудовая терапия стимулирует физиологические процессы, повышает эмоциональный тонус, улучшает настроение, способствует установлению прочных контактов с окружающими.

Виды трудовой терапии и трудовой занятости могут быть близкими как к профессиональной деятельности, так и содержать эпизодические поручения, в зависимости от состояния здоровья пожилого человека .

Трудовая посильная деятельность может включать такие виды трудовой деятельности, как: дежурство на вахте, работу по уборке территории, в швейной мастерской, в библиотеке, в молельной комнате; помощь садоводу, работу в теплицах, разбивку клумб, уход за цветниками; помощь в прачечной, участие в погрузочных работах, подсобные работы; уход за слабыми больными.

Рекомендуется проводить работу по реализации обучающих и образовательных программ по самообслуживанию, само- и взаимопомощи, пропагандировать важность и необходимость сохранения активного образа жизни для поддержания жизнедеятельности с включением в спортивно-оздоровительные мероприятия. Для этой группы пациентов целесообразно, создать школы здоровья для контроля социально-значимых заболеваний, например артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Следует организовать обучение пожилых людей навыкам рукоделия, компьютерной грамотности, шире использовать мероприятия по социально-психологическому сопровождению,развлекательно-образовательные формы досуга и праздничные мероприятия, объединять пожилых в клубы по интересам.

Для мобилизации творческого потенциала и жизненной активности пожилых людей рекомендуются арт-терапевтические занятия в разных формах.

Таким образом, терапевтическая среда для первой клинико-реабилитационной гериатрической группы имеет профилактическое значение и включает мероприятия, направленные на мобилизацию резервов пожилого человека и продление его активного долголетия.

Терапевтическая среда для пациентов с умеренными нарушениями гериатрического статуса

Характеристика клинико-реабилитационной гериатрической группы:

Данную группу составили пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы:

- пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности;

- пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями, у которых не выявлено когнитивных нарушений.

Терапевтическая среда для второй группы пациентов должна иметь реабилитационное воздействие, направленное на компенсацию ограничений жизнедеятельности в зависимости от гериатрического статуса.

Терапевтическая среда для пациентов с ведущим умеренным когнитивным дефицитом

Характеристика клинико-реабилитационной гериатрической группы: пациенты с геронтопсихиатрическими синдромами, такими как сосудистые деменции, невротические расстройства, депрессии.

Цель. Создание безопасного, комфортного и спокойного проживания, психологическая и социальная адаптация, профилактика обострений психических хронических заболеваний.

Содержание. Для пациентов с когнитивными нарушениями терапевтическая среда оказывает выраженное реабилитационное воздействие и рассматривается как существенно влияющая на результат лечения, как в стационарных, так и внебольничных условиях.

Окружающая среда в доме-интернате для пациентов данной подгруппы должна быть более понятной и не вызывать у них беспокойства. В окружающей обстановке рекомендуется применять метод цветотерапии, включающий успокаивающее цветовое оформление жилых комнат, коридоров, холлов; проводить подбор вспомогательных аксессуаров в соответствии с когнитивным статусом, частую смену настенных украшений, фотографий, рекомендуется использование разнообразного арсенала информационных указателей, в интерьере помещений – наличие декоративных растений, создание «живых» уголков.

Необходимо создание безопасных бытовых условий проживания, устранение потенциально опасных предметов, включающих электрические приборы, электрические и телефонные провода.

В работе с пациентами данной группы целесообразно использовать разные формы занятий по когнитивной реабилитации, тренировке памяти, освоению новых навыков пользования сотовым телефоном, компьютером, Интернетом (показ, разъяснение, тренировка, коррекция), разные виды психотерапии с использованием релаксационных и акустических методик, разнообразные формы музыкотерапии, использование медитации, проведение аутотренинговых занятий, погружение в сказку.

Для этой группы пациентов рекомендуется использовать методы когнитивной реабилитации (например, составление пазлов, запоминание пословиц, отгадывание загадок), разнообразные варианты арт-терапевтических методик, шире использовать иппотерапию, адаптационный контакт с животными, гарденотерапию, эрготерапию, лечебную физкультуру, методы биологической обратной связи.

С целью активизации пациентов данной группы необходимо вовлекать пожилых людей в посильную трудовую деятельность, физкультурные и культурно-досуговые мероприятия, побуждать их к общению.

Таким образом, терапевтическая среда для данной клинко-реабилитационной гериатрической группы пожилых людей должна быть понятой и безопасной, формировать чувство востребованности, заинтересованности и постоянной занятости, направленных на поддержание и компенсацию психических расстройств.

Терапевтическая среда для пациентов с ведущими умеренными двигательными нарушениями

Характеристика клинко-реабилитационной гериатрической группы: пожилые люди с умеренными нарушениями общей двигательной активности.

В этой подгруппе пациентов преобладают лица-инвалиды, с нарушением функции передвижения. Эти пациенты имеют ограничения жизнедеятельности, но в целом активны, могут передвигаться в пределах учреждения, используя вспомогательные средства передвижения.

Цель. Создание безбарьерной среды, компенсация ограничений жизнедеятельности с помощью средств реабилитации и повышение активности пожилых людей.

Содержание. Обеспечение инфраструктуры стационарного социального учреждения и жилых помещений специальными приспособлениями, в соответствии с нуждами инвалидов и пожилых людей, имеющих нарушения в передвижении, является обязательным условием оказания геронтологической помощи.

С этой целью в доме-интернате необходимо использовать разнообразные реабилитационные и компенсирующие устройства, индивидуальные технические средства реабилитации, включающие:

- оборудование жилых комнат приспособлениями для открывания фрамуг, адаптационными дверными ручками;

- протезно-ортопедическое обеспечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов, ортезы, протезы, опорные трости, ходунки, костыли, кресла-коляски прогулочного или комнатного типа);

- использование различных видов оборудования для поддержания независимости пациента в пределах кровати (подъемники, веревочные лестницы, ручные блоки, турнички, боковые поручни и др.);

- использование различных видов оборудования для пересаживания и вставания пациентов (скользящие доски, подъемники, приспособления для стояния и ходьбы);

- обеспечение одеждой и обувью с учетом ограничений жизнедеятельности пожилого человека, использование ортопедической обуви.

Обязательно обучение пациентов данной группы навыкам пользования техническими средствами реабилитации (показ, разъяснение, тренировка, коррекция), поддержание средств реабилитации в исправном техническом состоянии.

Таким образом, в стационарном учреждении социального обслуживания для пациентов данной клинко-реабилитационной гериатрической группы должна быть сформирована безбарьерная доступная среда.

Терапевтическая среда для пациентов с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса

Характеристика клинко-реабилитационной гериатрической группы:

Данную группу составили пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы:

- пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций;

- пациенты с терминальной стадией старческой астении.

Эти пациенты находятся в отделениях милосердия, преимущественно на постельном режиме и нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Цель. Организация активирующего гериатрического ухода для поддержания соматического и психического благополучия пожилых людей в отделениях милосердия.

Содержание. Для повышения качества гериатрического ухода необходимо оборудовать комнаты отделений милосердия разнообразными аксессуарами и средствами реабилитации, облегчающими уход (функциональные кровати, подъемники, поручни для удобства приподнимания и вставания в кровати, прикроватные и надкроватные столики для приема пищи, приспособления для мытья пациентов, подголовники, противопролежневые матрасы и подкладные круги, судна). При уходе необходимо и важно использовать специальные гигиенические средства и абсорбирующее белье (подгузники, пеленки, простыни) у лежачих пациентов с недержанием.

Рекомендуется создать благоприятные условия окружающей среды: соответствующий самочувствию пациента температурный режим, обеспечить минимизацию шума, световых раздражителей, адекватную гидратацию, правильную организацию питания и кормление лежачих пациентов.

Осуществление гериатрического ухода должно проводиться в соответствии с индивидуальным планом и включать мероприятия активирующего ухода: при проведении гигиенических процедур, при необходимости помощи в пользовании туалетом или судном, перемещении в кровати и в передвижении по палате, по коридору.

С целью поддержания активности в повседневной жизни и достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования необходимо проведение мероприятий по физической реабилитации, активизирующей кинезотерапии, минимизация пассивного ухода, проведение когнитивной гимнастики.

На общее состояние этих пациентов влияет психическая активность. Для поддержания возможного качества жизни необходимо проводить мероприятия по организации психологической поддержки в процессе ухода, в том числе обеспечить возможность сопровождения пациентов на прогулки. В терминальной стадии старческой астении гериатрический уход направлен на поддержание витальных функций пациентов с использованием арсенала вспомогательных и реабилитационных средств.

Таким образом, терапевтическая среда для третьей клинико-реабилитационной гериатрической группы включает мероприятия по

гериатрическому уходу с целью поддержания жизнедеятельности пациентов старших возрастных групп.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные материалы содержат модель формирования терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания, заключающуюся в организации базовых и специальных мероприятий в зависимости от гериатрического статуса пациентов.

Оценка состояния лиц старших возрастных групп проводится при проведении специализированного гериатрического осмотра, с помощью компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении». При отсутствии технических возможностей результаты специализированного гериатрического осмотра заносятся в разработанную нами карту специализированного гериатрического осмотра.

В зависимости от выраженности и сочетания гериатрических синдромов выявляется наличие и степень тяжести синдрома старческой астении, пациенты распределяются на клинико-реабилитационные гериатрические группы, с учетом принадлежности к которым формируется дифференцированная терапевтическая среда, направленная на компенсацию ведущих гериатрических синдромов (блок-схема).

Таким образом, концепция терапевтической среды позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий, улучшить качество геронтологической помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания, поддержать и повысить функциональную способность пожилых людей, а также является основным методом преодоления эйджизма.

Базовые мероприятия терапевтической среды для пациентов старших возрастных групп				
Интерьерный и экстерьерный компоненты среды	Социально-медицинские мероприятия		Психолого-педагогические мероприятия	
Компенсация двигательных нарушений и профилактика синдрома падений	Уменьшение риска синдрома мальнутриции	Уменьшение когнитивного дефицита	Улучшение морального статуса	Уменьшение степени зависимости от посторонней помощи
Использование компенсирующих устройств и средств реабилитации	Адекватный питьевой режим и питание	Психокоррекционные мероприятия	Адаптационно-психологически мероприятия	Обучение самообслуживанию
 Специализированный гериатрический осмотр 				
1 группа Активные пациенты	2 группа Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса		3 группа Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса	
	2.1. Умеренный когнитивный дефицит	2.2. Умеренные двигательные нарушения	3.1. Умеренный/тяжелый когнитивный дефицит или умеренные/тяжелые двигательные нарушения	3.2. Терминальная старческая астения
	Когнитивная реабилитация	Двигательная реабилитация	Гериатрический уход	

Блок-схема. Мероприятия терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека [Электронный ресурс] // Основная сессия 2012 года. - Женева, 23–27 июля 2012 года. – Режим доступа: <http://www.unhcr.org/refugees/refugees/2012/07/2012-07-23-report-on-the-human-rights-situation-in-russia.pdf>. Дата обращения 18.11.2014.
2. Ильницкий, А.Н. Пожилой человек и социальная служба: методические рекомендации / А.Н. Ильницкий, И.В. Архипов, К.И. Прощаев. – Москва, 2014. – 79с.
3. Ильницкий, А.Н. Специализированный гериатрический осмотр / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. – 2012. - № 4-5. – С. 66-84.
4. Ильницкий, А.Н. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтология. – 2013. – Т.1, № 1. - С. 408-412.
5. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – 2 изд. Л., Медицина. - 1985.- 216 с.
6. Катюхин, В.Н. Дома-интернаты / В.Н. Катюхин, Н.Ф. Дементьева. – Санкт-Петербург: Айсинг, 2010. – 264 с.
7. Котельников, Г.П. Геронтология и гериатрия: учебник / Г.П. Котельников, О.Г. Яковлев, Н.О. Захарова. – Москва, Самара: Самар. Дом печати, 1997. – 800 с.
8. Левинсон, А. Старость как институт [Электронный ресурс] / А. Левинсон. – Режим доступа: <http://www.strana-oz.ru/2005/3/starost-kak-institut>. Дата обращения: 18.11.2014.
9. Милиотерапия как система создания качественной среды жизнедеятельности для пожилых людей, проживающих в условиях стационарного учреждения социального обслуживания общего типа: методическое пособие / под ред. Н.В. Ключевой, В.В. Волкова, О.Н. Старцевой. – Ярославль, 2014. – 60 с.
10. Писарев, А.В. Образ пожилых в современной России/ А.В. Писарев // Социологические исследования. – 2004. – №4. – С. 51-56.
11. Социальное самочувствие пожилых людей в регионе / под ред. Н.М. Байкова, Л.В. Кашириной. – Хабаровск: ДВАГС, 2012. – 186 с.
12. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов / под ред. К.И. Прощаева [и др.]. – Москва; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. – 172 с.

13. Avorn, J. Induced disability in nursing home patients: A controlled trial / J. Avorn, E. Langer // Journal of the American Geriatrics Society. - 1982. - №20. - P. 297–300.

14. Butler, R.N. Ageism: Another form of bigotry / R.N. Butler // The Gerontologist, – 1969. – Vol. 9. – P. 243-246.

15. Giles, H. Talking age and aging talk: Communicating through the life span / H. Giles, S. Fox, J. Harwood, A. Williams // In Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research / M. Hummert, J. Wiemann, J. Nussbaum (Eds.) - New York: Sage, 1994. - P. 130 – 161.

16. Nelson, T.D. Ageism: Prejudice against our feared future self / T.D. Nelson // Journal of Social Issues. – 2005. – Vol. 61. N 2. – P. 207-221.

17. Traxler, A.J. Let's Get Gerontologized: Developing a Sensitivity to Aging The Multi-Purpose Senior Care Concept: A Training Manual for Practitioners Working With the Ageing / A.J. Traxler. - Springfield, IL: Illinois Department of Aging, 1980.

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ГЛОССАРИЙ

Данный глоссарий (терминологический словарь) предназначен для сотрудников стационарных учреждений социального обслуживания, в том числе не имеющих медицинского образования. В настоящее время геронтология и гериатрия являются бурно развивающимися дисциплинами и для успешного оказания помощи пациенту старшей возрастной группы, в которой задействованы самые разные специалисты, важно владение ими современной научной терминологией в этой области.

Аэробные физические упражнения – бег, ходьба, плавание, спортивные игры, которые наиболее полезны для предотвращения развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Биологический возраст – определяется специальными методами и свидетельствует о том, сколько на самом деле данному человеку лет (сравнивается с паспортным возрастом).

Гериатрия – медицинская отрасль, специалисты в которой оказывают помощь людям старших возрастных групп, преимущественно после 65 лет.

Геронтология – наука, которая всесторонне изучает процессы старения, от биологических закономерностей до методов социальной помощи человеку.

Депрессия – состояние человека, которое характеризуется снижением уровня жизненных притязаний, снижением фона настроения, что нередко ведет к серьезным изменениям в состоянии внутренних органов.

Долгожитель – человек в возрасте 90 и более лет.

Здоровье – состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Здоровое старение – не означает старение без болезней, а подразумевает создание вокруг пожилого человека такой среды, когда он не чувствует разницы со сверстником, который не имеет болезней и полностью сохранил основные функции.

Когнитивный дефицит – снижение внимания и способность запоминать, концентрировать внимание в возрасте после 65 лет. Бывает доброкачественный когнитивный дефицит, когда описанные изменения непродолжительные и имеют место после болезней, во время усталости и существенно не влияют на качество жизни.

Континуум старения – разворачивающийся во времени процесс индивидуального старения, который начинается в среднем после 40 лет со снижения зрения, доброкачественных нарушений памяти, увеличения веса и др.

Мальнутриция – специфическое для человека пожилого и старческого возраста состояние здоровья, когда происходит снижение без очевидных причин веса тела, что ухудшает общее состояние здоровья и снижает сопротивляемость к инфекционным и другим заболеваниям.

Недостаток жидкости (синдром дегидратации) – клиническое состояние, которое часто встречается у пациентов старших возрастных групп, поэтому после 65 лет человека не нужно ограничивать в потреблении жидкости, он должен пить столько, сколько необходимо.

Опросники в гериатрии – совокупность специально разработанных вопросов, которые позволяют определить состояние здоровья и степень необходимости помощи пожилому человеку. Находятся в основе специализированного гериатрического осмотра.

Падение – один из важнейших синдромов в гериатрии, который характеризуется изменением положения тела по отношению к полу. Главная опасность падений – риск переломов и развитие страха повторных падений, который ограничивает повседневный уровень активности.

Превентивная гериатрия – более распространенное название “антивозрастная медицина” – совокупность мер, которые направлены на выявление первых признаков старения (обычно после 40 лет) и воздействие на них для повышения качества жизни.

Реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Рестриктивная диета – специальная диета, главным средством которой является ограничение потребляемых калорий, что, через воздействие на специальные протеины, снижает заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями и таким образом увеличивает продолжительность жизни.

Саркопения – возраст-зависимые изменения мышечной ткани, которые проявляются снижением физической силы, выносливости и работоспособности. Обычно развиваются в возрасте после 65 – 70 лет.

Среда, дружественная для пожилых – комплекс мер в городах и других населенных пунктах, которые повышают степень мобильности людей с ограниченными возможностями. Примером является широкое применение пандусов, подъемников и пр.

Старение – генетически запрограммированный процесс, скорость и качество которого в большой степени зависит от поведения человека (уровня физической активности, питания, стрессоустойчивости и т. д.).

Старческая астения – самый важный синдром, который характеризует состояние пациента после 65 лет и отражает степень его зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Теломера – концевой участок хромосомы, длина которого характеризует предрасположенность человека к хроническим

заболеваниям сердечно-сосудистой системы, которые сокращают продолжительность жизни.

Терапевтическая среда – специальный комплекс мер, обычно в социальных учреждениях для длительного пребывания пожилых людей, которые обеспечивают наибольший уровень функциональной способности, физического комфорта и душевного равновесия.

Тревога – особенность душевного состояния пожилого человека, которая часто сопутствует депрессии и усложняет процессы лечения и реабилитации.

Физическая активность – надлежащий уровень объема движения, который составляет не менее 150 минут в неделю, что имеет большое профилактическое значение, так как предупреждает развитие рака, депрессии, заболеваний сердца и сосудов.

Физические упражнения с сопротивлением – один из способов физической активности, поскольку способствует профилактике саркопении. В возрасте после 65 лет целесообразно рекомендовать усиленные занятия, например, с гантелями весом 2 – 4 кг, в зависимости от пола и состояния здоровья человека.

Функциональная способность – главное понятие здорового старения. При наличии ограничений со стороны здоровья применение специальных устройств (например, скутеров, ходунков и пр.) позволяют значительно повысить возможности и добиться большей самостоятельности в повседневной жизни.

Эйджизм – дискриминация по возрастному принципу, когда пожилым людям отказывают в трудоустройстве, они вызывают раздражение, неприязнь. Является показателем социальной зрелости общества.

Электронное здоровье – совокупность современных электронных средств, обычно гаджетов, которые напоминают человеку со снижением памяти о том, что, например, пришло время принять таблетку, принимать пищу и т. д. Находит все большее распространение в современном мире.

КАРТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОСМОТРА**Информированное добровольное согласие пациента** _____**ФИО** _____**1. Возраст** (количество полных лет) _____**2. Диагноз****3. Лечение** – медикаментозное
- немедикаментозное**4. Параметры устойчивости:** от 0 до 2 баллов,

0 баллов – грубое нарушение

1 балл – умеренное нарушение

2 балла – норма (нет нарушения)

- общая устойчивость сидя
- при попытке встать
- сразу после вставания
- длительность стояния в течение 1 минуты
- при вставании из положения лежа
- устойчивость при толчке в грудь
- при стоянии с закрытыми глазами
- при переступании при повороте 360 градусов
- устойчивость при повороте 360 градусов
- при стоянии на правой ноге 5 секунд
- при стоянии на левой ноге 5 секунд
- при наклонах назад
- при дотягивании вверх
- при наклонах вниз
- при присаживании на стул

Общая сумма баллов -

0-10 баллов	Значит. степень нарушения
11-20 баллов	Умеренная степень
21-22 балла	Легкая степень
от 23 баллов	Нет нарушений

5. Параметры ходьбы: от 0 до 2 баллов,

0 баллов – грубое нарушение

1 балл – умеренное нарушение

2 балла – норма (нет нарушения)

- начало движения
- симметричность шага
- непрерывность ходьбы
- длина шага (левая нога)
- длина шага (правая нога)

- отклонение от линии движения
- степень покачивания туловища
- повороты при ходьбе
- произвольное увеличение скорости ходьбы
- высота шага (левая нога)
- высота шага (правая нога)

Общая сумма баллов -

0-10 баллов	Значит. степень нарушения
11-13 баллов	Умеренная степень
14-15 балла	Легкая степень
от 16 баллов	Нет нарушений

7. Нарушение общей двигательной активности:

Общая сумма параметров устойчивости и параметров ходьбы –

0-20 баллов	Значит. степень нарушения
21-33 баллов	Умеренная степень
34-38 балла	Легкая степень
от 39 баллов	Нет нарушений

8. Риск развития синдрома мальнутриции часть 1:

- утрата аппетита на протяжении последних трех месяцев

0 баллов – выраженная утрата аппетита

1 балл – умеренное снижение аппетита

2 балла – норма (нет снижения аппетита)

- снижение массы тела на протяжении месяца

0 баллов – более 2 кг

1 балл – не знаю

2 балла – 1 до 2 кг

3 балла - нет снижения

- мобильность 0 баллов – прикован к постели

1 балл – передвижение в комнате

2 балла – нет ограничений в передвижении

- психологические стрессы на протяжении последних трех месяцев

0 баллов – наличие стресса

1 балл – отсутствие стресса

- психологические проблемы (деменция)

0 баллов – тяжелая депрессия, деменция

1 балл – умеренная депрессия

2 балла – отсутствие проблем

- ИМТ (вес)

0 баллов – меньше 19

1 балл – 19-21

2 балла – 21-23

3 балла – больше 23

Сумма баллов**Часть 1 -**

Менее 11 баллов

Риск мальнотриции

12 баллов

Норма

9. Риск развития синдрома мальнотриции часть 2:**- проживание дома**

0 баллов - нет

1 балл – да

- прием свыше 3 препаратов ежедневно

0 баллов – да

1 балл – нет

- наличие пролежней 0 баллов – да

1 балл – нет

- количество основных блюд

0 баллов – 1 блюдо

1 балл – 2 блюда

2 балла – 3 блюда

- употребление белков

0 баллов – до одного раза в день

0,5 балла – 2 раза в день

1 балл – 3 раза в день

- употребление овощей и фруктов 0 баллов – нет

1 балл – да

- прием жидкостей

0 баллов – менее трех стаканов

0,5 балла – 3-5- стаканов

1 балл – более 5 стаканов

- самостоятельность при приеме пищи

0 баллов – с посторонней помощью

1 балл – самостоятельно, но с трудом

2 балла – полностью самостоятельно

- **собственная оценка питания** 0 баллов – имеются проблемы
1 балл – недостаточный прием
2 балла – нет проблем питания
- **собственная оценка здоровья** 0 баллов – плохое
0,5 балла – не знаю
1 балл – хорошее
2 балла – отличное
- **средний диаметр живота** 0 баллов – менее 21 см
0,5 балла – 21-22 см
1 балл – более 22 см
- **средний диаметр бедер** 0 баллов – менее 31 см
1 балл – более 31 см

**Сумма баллов
Часть 2**

Менее 16 баллов	Риск мальнутриции
от 16 баллов	Норма

Общая сумма баллов – Часть 1 и Часть 2 -

0-17 баллов	Синдром мальнутриции
18-23,5 балла	Риск мальнутриции
от 24 баллов	Норма

10. Когнитивные способности:

- **ориентация (время)** назвать дату – до 5 баллов
- **ориентация (место)** назвать местонахождение – до 5 баллов
- **восприятие** запоминание трех слов и их воспроизведение – до 3 баллов
- **внимание и счет** вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так 5 раз до 5 баллов
- **память** припомнить 3 слова из задания № 2 – до 3 баллов
- **назвать два предмета** до 3 баллов
- **повторить выражение:** «никаких если, но или нет» - до 3 баллов

- трехэтапная моторная команда до 3 баллов
 - прочесть и выполнить задание, написанное на бумаге «закройте глаза» 1 балл
 - написать предложение 1 балл
 - срисовать рисунок 1 балл
- Общая сумма баллов

0-9 баллов	Тяжелые нарушения
10-20 баллов	Умеренные нарушения
21-24 балла	Легкие нарушения
от 25 баллов	Нет нарушений

6. Моральное состояние:

от 0 баллов – до 5 баллов: чем выше балл, тем хуже моральное состояние

- в течение года у меня значительно ухудшилось состояние
- не могу спать
- у меня есть боязнь многих вещей
- приходится расставаться со многими привычными вещами
- у меня возникает много проблем
- с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности
- мне становится все сложнее приспосабливаться к жизни с возрастом
- у меня постоянное чувство одиночества
- все сложнее приспосабливаться к новой жизни
- Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?
- по мере увеличения возраста мое состояние все хуже, чем ожидал(а)
- я менее счастлив, чем в молодости
- чувствуете ли Вы себя одиноким?
- я могу встречаться с большим числом друзей и родственников
- иногда посещает мысль, что так незачем жить
- жить становится все тяжелее и тяжелее
- у меня много причин для плохого настроения

Общая сумма баллов -

выше 68 баллов	Плохое состояние
51-67 баллов	Удовлетворительное сост.
менее 50 баллов	Хорошее состояние

7. Уровень независимости в повседневной жизни:**- прием пищи**

не нуждаюсь в помощи, самостоятельно пользуюсь всеми необходимыми столовыми приборами – 10 баллов

частично нуждаюсь в помощи, например при разрезании пищи – 5 баллов

полностью зависим от окружающих – 0 баллов

- персональный гигиенический туалет (умывание, причесывание и т.д.):

самостоятельное умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье – 10 баллов

не нуждаюсь в помощи – 5 баллов

нуждаюсь в помощи – 0 баллов

- одевание не нуждаюсь в посторонней помощи – 10 баллов

частично нуждаюсь в помощи, например при одевании, застегивании пуговиц и т.д. – 5 баллов

постоянно нуждаюсь в помощи – 0 баллов

- контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация):

не нуждаюсь в посторонней помощи – 20 баллов

частично нуждаюсь в помощи, например при удержании равновесия – 10 баллов

постоянно нуждаюсь в помощи (использование судна, утки) – 0 баллов

- прием ванны принимаю ванну без посторонней помощи – 10 баллов

частично нуждаюсь в помощи – 5 баллов

нуждаюсь в посторонней помощи – 0 баллов

- вставание с постели нуждаюсь в помощи – 15 баллов

нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке – 10 баллов

могу сесть в постели, но нужна поддержка – 5 баллов

не способен встать в постели – 0 баллов

- передвижение

могу передвигаться без посторонней помощи – до 500 м -15 баллов

могу передвигаться с посторонней помощью до 500 м – 10 баллов

могу передвигаться на инвалидной коляске – 5 баллов

не способен к передвижению – 0 баллов

- подъем по лестнице не нуждаюсь в помощи – 10 баллов

нуждаюсь в поддержке – 5 баллов

не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой – 0 баллов

0-20 баллов	Полная зависимость
21-60 баллов	Выраженная зависимость
61-90 баллов	Умеренная зависимость
91-99 баллов	Легкая зависимость
100 баллов	Полная независимость