

Господь умиляет ноги ученикам



Свято-Димитриевское училище сестер милосердия

Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты

Москва-2003



Серия "Библиотека сестры милосердия"

Издается по благословению
Святейшего Патриарха Московского
и всея Руси АЛЕКСИЯ II

УДК 616-036.868
ББК 51.1(2)2

Коллектив авторов

Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты — М.: Издательство "Свято-Димитриевское училище сестер милосердия", 2003. — 256 с.

ISBN 5-93884-003-1

Настоящий сборник трудов представляет собой пособие для патронажных и социальных работников, сестер милосердия и всех тех, кто помогает пожилым людям в их нелегкой жизни.

В сборнике рассмотрены такие важные вопросы, как духовные проблемы пожилых людей, анатомо-физиологические особенности людей пожилого возраста, некоторые психические заболевания, связанные с пожилым возрастом, виды реабилитаций и досуга, которые используются в лечении пожилых людей, демографические и социальные аспекты современного положения пожилых людей в обществе.

Даны практические советы по организации быта пожилых людей с учетом их преклонного возраста.

В приложениях представлен наглядный материал в виде таблиц.

В приложениях также представлены наиболее известные тесты для определения видов и объемов нарушений нормальной жизнедеятельности пожилых людей при различных патологических состояниях. Тесты взяты из руководства для врачей и научных работников "Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации" под редакцией А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой.

Социально-демографическая ситуация в современной России

Яцемирская Р.С., Хохлова Л.Н.

Когда-то старость, по мнению известного советского геронтолога И.В. Давыдовского “была просто осенью жизни, последним ее этапом, а болезни старости — формой или способом смерти. Когда-то старые люди, инвалиды, истощенные длительным, непосильным трудом, наслаждались относительным покоем в старости и умирали, будучи своеобразным “отходом” человечества. Как по биологическим, так и по социальным показателям это именно были “отходы”, т.е. одряхлевшие или умирающие люди, органически и социально неполноценные, заслуживающие лишь сострадания. Этими старыми людьми, не нужными обществу, заполнялись богадельни, дома призрения, интернаты для престарелых. Медицина, как некоторый компонент в общественном сострадании, наблюдала, описывала симптомы уходящей жизни, посильно лечила”.

Все кардинально изменилось в последние 50 лет. Благодаря экономическим, медицинским, культурным и другим прогрессивным социальным достижениям во всех странах мира, достигших значительного социально-экономического благополучия, выявилось совершенно новое уникальное демографическое явление — постарение населения, или демографическая старость, — увеличение абсолютного и относительного числа пожилых людей в общей структуре населения.

Это явление по своей сути — прогрессивное, так как оно возможно только при наличии высокой степени научно-технического, экономического, медицинского, социального и культурного развития страны. Однако, в последние 30 лет ушедшего

века процесс старения населения принял стремительный характер, причем охватил и страны, социально-экономическая ситуация в которых была очень далека от благополучной.

Большинство демографов стали говорить о необратимости этого процесса, заявляя, что мир вступил в “век пожилых”. Более того, оказалось, что преобладающее большинство стран в результате старения населения столкнулось с очень сложными социальными, медицинскими, межпоколенными проблемами, к которым совершенно не были готовы, но с которыми невозможно не считаться или относиться к ним легкомысленно.

Как известно, демографический фактор является одной из важнейших предпосылок развития общества и носителем общественных связей. Формирование типа воспроизводства населения связано с ходом социально-экономического и культурного развития общества.

Под населением понимается совокупность людей, проживающих в пределах определенной территории: страны или ее части, групп стран, всего мира.

Воспроизводство населения — это процесс постоянного возобновления поколений людей в результате трех видов движения населения:

- естественного (вследствие взаимодействия рождаемости и смертности);
- механического или миграций (вследствие передвижения людей между территориями);
- социального (вследствие переходов людей из одних социальных групп в другие).

Демография — это наука, изучающая присущими ей методами численность, территориальное размещение и состав населения, их изменения, причины и следствия этих изменений, взаимосвязь социально-экономических процессов и изменений в населении. Демография раскрывает закономерности воспроизводства населения.

По отношению к экономике страны население выступает одновременно и как производитель, и как потребитель материальных благ. Такая двусторонняя связь обуславливает сложность связей населения и экономики.

Для анализа динамических изменений в населении обычно используется комплекс следующих показателей:

- численность населения;
- плотность населения;
- возрастная структура населения;
- половая структура населения;
- образовательная структура населения;
- семейная структура населения;
- этническая структура населения.

Естественное движение населения представляет собой обобщенное выражение совокупности рождений и смертей, вызывающих изменение численности населения конкретной территории. Под влиянием естественного движения населения формируется естественный прирост населения, представляющий собой абсолютную величину разницы между числом родившихся и числом умерших за определенный период времени.

Превышение числа родившихся над числом умерших означает естественный прирост населения.

Превышение числа умерших над числом родившихся — естественная убыль населения.

Человечество серьезно стало задумываться над процессом старения населения в конце 50-х годов XX века, когда в 1959 г. эксперты отдела демографии ООН приняли границу в 65 лет для измерения процессов демографической старости. Этот возраст использован для обозначения нижней границы старости, потому что в странах Западной Европы и в ряде других развитых стран основная масса населения в этом возрасте уходит на пенсию. Между тем никаких точных календарных дат наступления старости не существует. В России и в большинстве развивающихся стран возраст выхода на пенсию основной массы населения — 60 лет. Интересно, что этот же возраст установил немецкий канцлер О.Бисмарк, первый утвердивший закон о пенсиях (в 1889 г.) для стариков и лиц, потерявших кормильца.

Итак, исходя из нижней границы старости в 65 лет были определены три уровня, характеризующие демографическую структуру населения:

- молодое население — доля лиц в возрасте 65 лет и старше в общей структуре населения до 4%;
- зрелое население — доля таких лиц от 4 до 7%;

- старое население — доля лиц в возрасте 65 лет и старше составляют свыше 7%.

В эти же годы были определены две модели, характеризующие демографические процессы на Земле:

- модель “молодого населения” — это районы с высокой рождаемостью, высокой смертностью, высоким темпом естественного прироста населения и низкой продолжительностью жизни;
- модель “старого населения” — это районы с низкой рождаемостью, низкой детской смертностью и высокой продолжительностью жизни.

В начале 60-х годов польским демографом Эд. Россетом, для стран Восточной Европы и других, где основная масса населения уходила на пенсию в 60 лет, были предложены 4 фазы демографического старения:

- отсутствие признаков демографической старости (“молодое население”) — доля лиц в возрасте 60 лет и старше в общей структуре населения — менее 8%;
- ранняя переходная фаза демографического старения — доля этих лиц от 8 до 10%;
- поздняя переходная фаза демографического старения — лиц в возрасте 60 лет и старше в общей структуре населения — от 10 до 12%;
- состояние демографической старости — 12% и выше;
- состояние глубокой демографической старости — лиц в возрасте 60 лет и старше — 15% и более.

Наиболее простой в исчислении демографической старости является шкала английского демографа Дж. Сандберга, который все внимание сосредотачивает на трех возрастных группах:

- от 0 до 15 лет;
- от 15 лет до 59 лет;
- от 60 лет и старше.

По мнению Дж. Сандберга, если в первой группе население будет меньше 30%, а в последней — больше 15%, то такое население может считаться “старым”.

К началу XXI века в экономически благополучных странах Европейского Союза проживало 372 млн. человек, из них 57 млн. (15%) составляли лица в возрасте 65 лет и старше, что указывает

на глубокую демографическую старость населения. Кстати, США имеет относительно “молодое” население — 13% стариков в возрасте 65 лет и старше.

Как известно, основным показателем в демографической старости населения является рождаемость, а смертность и увеличение средней продолжительности жизни, хотя и имеют влияние, но в большей степени свидетельствуют о социально-экономическом благополучии нации или страны.

В историческом аспекте первое место во влиянии на воспроизводство населения отводилось уровню смертности. На протяжении многих веков рост и убыль населения определялись в основном уровнем смертности, поскольку рождаемость была стабильной и высокой. Сама демографическая наука началась с исследования смертности. Рост коэффициента смертности обусловлен изменением возрастной структуры населения в сторону его постарения.

Уровень смертности определяется в основном четырьмя группами факторов:

- уровнем жизни населения (условия труда и быта; уровень доходов; качество жилищных условий; сфера обслуживания; качество продуктов питания);
- состоянием окружающей среды (атмосфера, питьевая вода, степень их загрязнения, уровень обеспеченности медикаментами);
- качеством здравоохранения (доступность качественной медицинской помощи, уровень обеспеченности лекарствами);
- санитарной культурой населения (отношения населения к своему здоровью, соблюдение гигиены в труде и быту, степень распространенности различных вредных привычек).

Однако основной компонентой, определяющей естественное движение населения, является рождаемость. Снижение рождаемости — это характерная для большинства стран мира устоявшаяся тенденция. Причины малодетности следует искать в изменениях взаимоотношений семьи с производством по мере развития общественного прогресса, в историческом изменении функций семьи и роли детей в ней.

Индустриализация, развитие промышленного труда вне семьи с индивидуальной заработной платой, независимой от числа детей и вообще от наличия семьи, привели к отмиранию

производственной функции семьи и, вместе с тем, к отмиранию функции детей как работников, трудовых ресурсов семьи. Развитие систем социального страхования и обеспечения, общественных служб по уходу за престарелыми — приводит к тому, что дети постепенно утрачивают ценность в качестве реальной опоры в старости.

Таким образом, тенденция сокращения рождаемости вплоть до малолетности — не случайное, не временное явление, вызванное какими-то трудностями, нехваткой материальных благ, как до сих пор считают иногда. Она имеет объективный, исторический характер, является порождением общественного прогресса.

Проблема рождаемости состоит не в том, что она снижается, а в том, что снижается до слишком низкого уровня, ниже необходимого для обеспечения воспроизводства населения.

Общество и государство не должно отстраняться от проблем демографического развития страны. Правительство должно принимать особые меры по стабилизации процессов рождаемости и смертности, осуществляя целенаправленную демографическую политику.

Протекание демографических процессов тесно связано с социально-экономическим развитием общества в целом. Поэтому бесконфликтное демографическое развитие возможно только при условии стабильного развития общества. Нормальным надо считать такое демографическое развитие, которое не может привести в перспективе к появлению и нарастанию депопуляционных явлений и нарушением половозрастной структуры населения.

Важным является представление о том, что демографическое старение, в отличие от старения отдельного человека, — явление обратимое. Оно полностью зависит от социально-экономической политики.

“Омолождение населения” может наступить только при росте рождаемости, когда в структуре населения постоянно будет увеличиваться как доля детей до 15-летнего возраста, так и доля трудоспособного населения при условии постоянного повышения благосостояния общей массы населения, повышение доступности и качества медицинского обслуживания, различных социальных услуг и благ, снижение смертности, вызванной неестественными причинами.

Демографическая старость считается подвижной, если число лиц от 60 лет и старше составляет от 12 до 14%. Это возможно в

том случае, если государство при таком соотношении разрабатывает срочные меры направленные как на повышение рождаемости, так и на общее благосостояние населения.

Стабильной демографической старость признается тогда, когда количество лиц от 60 лет и старше в общей структуре населения составляет от 15 до 19%.

Нулевой рост свидетельствует о стабилизации развития населения: количество рождений равно количеству смертей.

Суженное воспроизводство населения — это демографическая ситуация, при которой рождаемость недостаточна для полного замещения родительского поколения.

Депопуляция — естественная убыль населения; коэффициент депопуляции — превышение абсолютных показателей смертности над уровнем рождаемости. Самым грозным признаком демографического старения является сенильная (старческая — от лат. слова сениум — старость) депопуляция. Она наблюдается при более 20% лиц в возрасте от 60 лет и старше в общей структуре населения.

Демографическая политика представляет собой совокупность мер и мероприятий по оказанию определенного влияния на течение демографических процессов в желательном для общества направлении.

Меры демографической политики можно разделить на три группы:

- экономические (денежные пособия на детей; определение возраста и стажа для начисления пенсии женщине-матери);
- административно-юридические (определение минимального возраста невесты и жениха при вступлении в брак, определение имущественных прав матери и детей в случае развода и т.п.);
- социально-психологические (или воспитательные), направленные на формирование демографических идеалов, отвечающих интересам демографического развития страны.

Мероприятия по оптимизации демографического развития могут дать положительный результат только в том случае, если будет успешно достигнута основная цель социально-экономической политики государства — повышение благосостояния народа.

Демографические прогнозы, осуществляемые ООН на протяжении последних десятилетий, с постоянностью свидетельствуют

о том, что к 2025 году удельный вес населения от 65 лет и старше составит почти $\frac{1}{10}$ часть общей численности человечества, а в населении 22 развитых стран эта доля превысит 17%. За 75 лет (с 1950 года) доля пожилых и старых людей увеличится в 2 раза с 5,1% до 9,7%.

Нужно отметить, что обеспокоенность социальными последствиями, которые выявились при первых признаках старения населения, проявилась у правительств Западной Европы уже с конца 60-х начала 70-х годов прошлого века. К началу 80-х годов XX века признаки обеспокоенности стали обнаруживаться практически во всех странах мира.

В 1982 году в Вене состоялась 1-я Всемирная Ассамблея ООН по вопросам старения. Именно на этой Ассамблее впервые было признано, что процесс старения населения принимает глобальный характер и является одной из первоочередных проблем человечества, причем для экономически благополучных стран эта проблема была в центре всех выступлений и обсуждений. В принятом Ассамблеей Международном плане действий по вопросам старения были разработаны рекомендации в семи областях:

- здравоохранение и питание;
- защита пожилых как потребителей;
- жилье и окружающая среда;
- семья;
- социальное обеспечение;
- обеспечение доходов и занятость;
- образование.

В этих направлениях должно было работать человечество, чтобы жизнь пожилых людей стала лучше и комфортнее, с одной стороны, а с другой,— являлись координаторами в социально-геронтологической политике правительств разных стран. Однако основным препятствием в осуществлении данных Ассамблеей рекомендаций для многих стран явилось отсутствие финансирования.

Во многих странах, особенно развивающихся, экономические трудности, вооруженные конфликты сдерживали выделение средств на решение проблем старения. Многие страны столкнулись и с проблемой нехватки государственного персонала (медики, социальные работники, психологи, управленцы, юристы и т.д.), подготовленного к работе с пожилыми людьми и разбирающегося в их проблемах.

Однако, можно с полной уверенностью свидетельствовать о том, что после Ассамблеи интерес к старым людям значительно возрос, а самое главное, была признана необходимость разработки государственной социальной политики в отношении старшего поколения.

За 20 лет (1982—2002 г.г.) во многих странах был достигнут прогресс в развитии национальной инфраструктуры, связанной с проблемой старения, в улучшении здравоохранения и жилищных условий, финансовом обеспечении пожилых людей, а также участия их в жизни общества. Само собой разумеется, что в разных странах уровень этих достижений был разным: чем богаче была страна, тем лучшие условия жизни были для старых людей. Вместе с тем, практически повсюду были введены в действие законы, политика, программы и проекты, касающиеся повышения благосостояния пожилых и старых людей.

Несомненным успехом можно считать и тот факт, что после 1-й Всемирной Ассамблеи по вопросам старения, во многих университетах, институтах и других высших и средних учебных заведениях было введено изучение геронтологии, расширился круг исследований по проблемам старения, особенно в отношении положения старшего поколения.

Генеральная Ассамблея ООН (резолюция 46/91 от 16 декабря 1991 года) рекомендовала правительствам всех стран включить в свои национальные программы Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство. Во многих странах были учреждены Национальные дни пожилых людей. Кульминацией внимания и заботы о старшем поколении стало проведение Международного года пожилых (1999 г.). Выступая на его открытии, Генеральный секретарь Кофи Аннан подчеркнул: “Мы находимся в разгаре молчаливой революции, которая выходит далеко за рамки демографии, оказывая важное влияние на экономические, социальные, культурные, психологические и духовные стороны жизни”.

8—12 апреля 2002 года в Мадриде была проведена 2-я Всемирная Ассамблея по вопросам старения, которая подвела итоги прошедших двух десятков лет, когда постарение населения было признано глобальной социально-демографической проблемой, затронувшей весь мир во всех аспектах его существования: традиционно-национальном, финансово-экономическом, политическом, нравственно-этическом.

Открывая 2-ю Ассамблею, Генеральный секретарь Кофи Аннан сказал: «Мы собрались сегодня, чтобы воздать должное пожилым людям и выработать стратегию, дающую им возможность вести надежную и достойную жизнь, которую они заслуживают. За прошедшие 20 лет мир изменился до неузнаваемости старение более не является просто «одной из первостепенных проблем», а становится преобладающей в XXI веке, но неизменной осталась общая основополагающая цель — создать общество для людей всех возрастов».

Участники Ассамблеи единодушно признали, что за прошедшие 20 лет большинство стран достигло значительного прогресса в разработке и осуществлении национальной политики и программ, в том числе в таких областях, как здравоохранение и финансовая защищенность пожилых людей. Но, тем не менее, проблемы остаются и очень серьезные.

В первую очередь это касается изменившегося характера старения населения. Если еще 20 лет назад большинство пожилых и старых людей проживало в развитых странах, то теперь это явление коснулось непосредственно развивающихся стран, причем в них старение населения будет происходить стремительными темпами. Так, если в странах Западной Европы нужно было чуть более 100 лет в XX веке, чтобы численность пожилого населения удвоилась, то в некоторых развивающихся странах в XXI веке для этого будет достаточно всего 25 лет, а то и меньше.

Последние демографические данные, представленные на 2-й Ассамблее, свидетельствуют о том, что в настоящее время мир претерпевает демографическую трансформацию: сегодня каждый 10-й человек в мире в возрасте 60 лет и старше. Их сейчас 629 млн. человек, а по прогнозам, к 2050 году уже каждый 5-й человек будет в этом возрасте. К этому же времени, впервые в истории человечества, число людей в возрасте от 60 лет и старше превысит число детей в возрасте до 15 лет.

Следует также напомнить, что в XX веке произошло беспрецедентное увеличение продолжительности жизни человека. За последние 50 лет предполагаемая продолжительность жизни при рождении увеличилась во всем мире на 20 лет и достигла 66 лет благодаря достижениям медицины и социальных технологий. В общей структуре населения все больше становится лиц в возрасте 80 лет и старше. О. Осколкова привлекает внимание к тому факту, что за период с 1960 г. по 1990 г. число стариков в возрасте

80 лет и старше в экономически благополучных странах Европейского Союза увеличилось с 5 млн. человек до 12 млн. По ее мнению, мы являемся свидетелями “прорыва в долголетие”: лица старше 85 лет уже сейчас превышают 20% населения, т.е. само пожилое население стареет.

Меняется и половозрастная структура пожилого населения: в них все больше остается старых женщин. Так, в ЕС на 10 женщин от 65 лет и старше приходится 6 мужчин, а разница в продолжительности жизни между полами достигает 7,5 лет.

Итак, демографические прогнозы в отношении постарения остаются стабильными:

- будет увеличиваться численность населения в возрасте 60 лет и старше и особенно лиц в возрасте от 80 лет и старше;
- преобладающее большинство среди пожилого населения будут составлять женщины.

Эксперты ООН подчеркивают, что быстрое старение населения оказывает влияние практически на все сферы деятельности любого государства и прежде всего на здравоохранение, занятость и рынок рабочей силы, социальные меры защиты и экономический рост. Увеличивающаяся продолжительность жизни будет иметь глубокие последствия для качества жизни и связанных с постарением населения вопросов здоровья и социальной интеграции; для положения пожилых женщин и расширения поддержки и безопасности на протяжении долгой жизни.

Но самым важным в ряду многочисленных проблем, связанных с постарением населения, является демографический показатель, которым в настоящее время уже откровенно власти запугивают все население, — это так называемая “демографическая нагрузка”. Само по себе это понятие не несет ничего иного, как определяет отношение числа нетрудоспособного населения на 1000 человек трудоспособного населения. С другой стороны, этот показатель представляет обобщенную количественную нагрузку на общество, т.е. экономику. Нетрудоспособное население — это все группы (дети, инвалиды, пенсионеры), которые не занимаются трудовой деятельностью. Некоторые авторы определяют демографическую нагрузку как коэффициент иждивенчества, а отдельные представители власти даже предлагают отказаться от этого демографического показателя, чтобы “не обижать пожилых и старых людей”.

Обычно, поднимая вопрос о демографической нагрузке, подчеркивается, что в результате старения населения и увеличения пенсионеров по старости, на трудоспособное население ложится непомерное бремя содержать этих стариков (т.е. своих дедов, родителей), отчисляя всё увеличивающиеся взносы в пенсионные фонды. В самих высоких, в том числе, и ученых сферах уже на протяжении десятков лет дискутируется вопрос о том: сможет ли экономика всех стран выдержать растущее количество пенсионеров в то время, как уже в ближайшей перспективе последующие поколения будут такими же по численности или даже меньше, и их возможность обеспечивать своих предшественников жизненными благами сократится.

Многие специалисты связывают старение населения с падением экономического потенциала, которое выражается в росте налогообложения работающего населения, в спаде и стагнации производительного труда, в растущей потребности пожилых граждан в поддержке со стороны государства.

Именно этому вопросу было уделено особое внимание на 2-й Всемирной Ассамблеи ООН по вопросам старения, с акцентом на финансово-экономическое положение представителей старших поколений. Было признано, что даже во многих экономически благополучных странах исчезает концепция надежного существования “от колыбели до могилы”. Катастрофически уменьшающаяся численность работающего населения означает, что пожилые люди еще больше рискуют остаться без надлежащих пенсий, медицинского и социального обслуживания. Такое положение особенно актуально для развивающихся стран и стран с переходным экономическим курсом, в которых “положение пожилых людей усугубляется экономическими трудностями, испытываемыми этими странами, да к тому же переживаемыми жестокими межнациональными конфликты, а войны, экономический кризис, нищета и недоедание приводят к преждевременному старению и смертности населения”.

Участники Ассамблеи приняли решение о необходимости включения вопроса старения в общий контекст борьбы с нищетой как факт, с одной стороны, и, с другой,— как непреложная истина понимания того, что старение населения не столько связано с вопросом социального обеспечения, сколько с решением задач развития и экономической политики государства.

До 1990 года в России старение населения было обусловлено теми же факторами, которые характерны и для большинства экономически благополучных стран:

- гуманизация общественных отношений;
- рост образовательного и культурного уровня населения;
- повышение благосостояния основной массы населения;
- повышение доступности и качества медицинской помощи и других социальных услуг и благ;
- снижение смертности, вызванной неестественными причинами;
- снижение рождаемости.

Объективности ради следует признать, что смертность населения вследствие неестественных причин (травм, пьянства, наркомании и т. д), в том числе и в детском возрасте, была относительно высокой, но при этом просматривалась выраженная тенденция к постепенному ее снижению.

По мнению О.В. Хоревой резкий спад, перечеркнувший стабилизацию демографического развития на рубеже 70-х и 80-х годов, наступил еще в 1988 году, когда стали «ползти» вверх (сначала медленно) показатели смертности. Число умерших в 1990 году по сравнению с 1987 годом было больше на 100 тыс. человек, а показатель естественного прироста населения упал с 6,7 на тысячу до 2,2 человек. Автор утверждает, что нормальное демографическое развитие страны было прервано. В России установился тип воспроизводства населения, характерный для воюющих стран: сверхвысокая смертность — сверхнизкая рождаемость.

С 1992 года, т.е. с момента либерализации цен и резкого ухудшения уровня жизни населения, произошло скачкообразное увеличение числа умерших и столь же скачкообразное сокращение средней продолжительности жизни. Коэффициент депопуляции возрос с 1,1 в 1992 году до 2,0 — в 2000 году.

Лига борьбы с депопуляцией (2001 г.) категорична в своем утверждении, что демографическая ситуация в современной России представляет собой чрезвычайную, экстраординарную опасность, требующую кардинальных мобилизационных мер.

В Российской Федерации «граждане старшего поколения», или «старшее поколение» составляют лица, достигшие пенсионного возраста: женщины от 55 лет и старше, мужчины — от 60 лет и

старше. В 2000 году было 30,2 млн. человек старше трудоспособного возраста, из них почти 25 млн. были в возрасте 60 лет и старше. За период с 1990 г. по 2000 г. численность пожилых людей возросла на 2,5 млн. человек. В этом же 2000 г. впервые доля лиц пенсионного возраста превысила долю детей до 15 лет. Все прогнозы указывают на то, что в дальнейшем это превышение будет постоянно расти.

В настоящее время возрастной состав среди населения пожилого возраста такой: доля лиц старше трудоспособного возраста — 20,7%; 65 лет и старше — 12,5%; 75 лет и старше — 4,1%; 80 лет и старше — 2%; 85 лет и старше — 1%.

На этом фоне наблюдается увеличение долгожителей в возрасте 100 лет и старше. Так, в 1998 году их было 8070, а уже в 2000 году — 15577 человек. Нужно отметить, что это явление долгожительства при высоком уровне снижения средней продолжительности жизни всего населения — совершенно новое и практически неизученным остаются его последствия.

Как указывают прогнозы, к 2005 году ожидается снижение средней продолжительности жизни до 59,1 лет: для мужчин — 53,6 лет, а для женщин — 65,2 года. Нужно отметить, что в структуре населения России женщины составляют более половины — 53,3%. Численный перевес женщин над мужчинами отмечается в возрастных группах старше 33 лет: с 0—15 лет на 1000 мужчин приходится 953 женщины; в трудоспособном возрасте, соответственно, 1000 — 976, а старше трудоспособного возраста на 1000 мужчин — 2177 женщин.

В настоящее время наша страна занимает 134 место по средней продолжительности жизни мужчин и 100 место — для женщин. Число умерших превышает число родившихся в 44 регионах из 89. Намечился рост населения лишь в 16 регионах. Россия находится на 198 месте по коэффициенту естественного прироста населения.

За истекшее 50-летие Россия потеряла 4 млн. мужчин в возрасте от 20 до 45 лет. От убийств погибло мужчин в 20 раз, а женщин в 19 раз больше, чем в странах Европейского Союза. Число детей, покончивших жизнь самоубийством, имеет тенденцию роста — за год погибает 2 тыс. детей в возрасте до 14 лет.

По данным Г.А. Комарова, население России уменьшится в 2015 г. на 10 млн. человек, а в США вырастет на 48 млн., в Китае — на 200 млн. человек.

Уже сейчас основная масса населения живет в городах, однако старение сильнее выражено у сельских жителей: 19,9% против 29,9%.

Доходы работников в сельском хозяйстве в отраслевом разрезе самые маленькие и составляют 42% от среднего по национальному хозяйству и 37% к уровню доходов промышленных рабочих. Доля сельского населения с доходами ниже прожиточного минимума составляет 53%, в свою очередь численность занятых в сельскохозяйственных предприятиях сократилась вдвое и насчитывает около 5 млн. человек, тогда как занятых в личном хозяйстве удвоилось и достигает 6 млн. человек, что указывает на скрытую безработицу.

Такое положение в российском селе снова оживляет в памяти деятельность 2-й Всемирной Ассамблеи по вопросам старения населения. Участники Ассамблеи проявляли особое беспокойство по поводу бедности среди пожилых, проживающих в сельской местности. По мере того, как все больше людей трудоспособного возраста переселяются в города, пожилые люди теряют традиционную семейную опору и социальные связи и стремительно скатываются на грань маргинальности.

Особенно пессимистические прогнозы в отношении сельского населения дает Б.С Хорев «Демографическая ситуация на селе еще более катастрофична. В общей численности население сократилось за годы реформ на 3 млн. человек. В 1999 году рождаемость на селе сравнилась с городской и будет снижаться далее. Продолжительность жизни на селе ниже городской на 1,8 и разрыв этот будет увеличиваться. Сегодня доля олигофренов во всем сельском хозяйстве больше, чем в городе в 2,1 раза. Причем, если в городе в 90-е годы их доля оставалась стабильной, то на селе она увеличилась в 1,9 раза. При сохранении этой тенденции к 2020—2025 г.г. сельское население как общность исчезнет. В деревне будет проживать несколько млн. человек, три четверти которых составят олигофрены и инвалиды».

Особенно значим вопрос о старении населения России в отношении трудоспособного и пенсионного возраста.

Демографическая нагрузка в России в 1979 году составляла 740 человек на 1000 населения, из них дети в возрасте до 15 лет — 380 человек, а уже в 2000 году эта нагрузка состояла из 686 человек, причем детей — 349, а пожилых — 337, т.е. почти одинаково. Во многих регионах России демографическая нагрузка пожилыми превышает нагрузку детьми.

По данным С.П.Ермакова и О.Д.Захаровой, все трудоспособное население уменьшится с 91,2 млн. человек в 2005 году до 29,4 млн. — в 2045 г. “Это гигантское падение, вызванное изменениями в возрастной структуре приведет к тому, что в 2040 году трудоспособное население — 38,8 млн. человек сравняется с пенсионным — 39,3 млн. Количество же детей в возрасте до 15 лет сократится с 15,2 млн. человек в 2005 г. до 2,9 млн. в 2045 г. Нагрузка пенсионерами, постоянно нарастая, достигнет в 2040 г. 100 человек на 100 трудоспособных, а общая демографическая нагрузка (пенсионерами и детьми) в том же 2040 году даже превысит число трудоспособных — 110 человек на 100. Уже в 2005 г. на 100 трудоспособных придется более трети пенсионеров, что, вне всякого сомнения, будет представлять большую социальную проблему”.

Согласно мировому опыту, наиболее приемлемой является демографическая ситуация, когда соотношение работающей части населения и не занятой в трудовом процессе составляет 2,5:1, т.е. не менее 2,5 работников содержит 1-го иждивенца. Между тем, по данным бывшего Министерства социальной защиты Российской Федерации, количество работающих и неработающих уже в 1995 году составляло 1,8:1.

В центре внимания всех стран в настоящее время стоит вопрос о медицинском обслуживании населения пожилого и старческого возраста, потребность в котором по мере старения, естественно, возрастает. Хотя исследования последних лет в ряде стран, в частности Европейского Союза, свидетельствуют о том, что у новых когорт, вступающих в пенсионный возраст, состояние здоровья в среднем лучше, чем было у их предшественников. И, тем не менее, вопрос о расширении сети медицинских и геронтологических учреждений, о качественной перестройке системы здравоохранения относится к наиболее актуальным. Тем более это важно для России.

В настоящее время около 5 млн. пожилых людей в Российской Федерации, одиноких и одиноко проживающих, нуждаются в различных видах социальных и медицинских услугах, причем более 1,5 млн. нуждаются в постоянном уходе. Среди почти 11 млн. инвалидов более половины являются инвалидами пожилого возраста, в основном 1-й и 2-й групп, что свидетельствует о крайне болезненном, патологическом характере старения и старости.

По-прежнему, в начале XXI века, основными проблемами пожилых людей в современной Российской Федерации остаются: плохое состояние здоровья плюс малообеспеченность и одиночество. Между тем еще в 1995 г. было объявлено на государственном уровне, что возможность улучшения положения населения, а значит и населения старших возрастов, за счет наращивания социальных расходов в бюджете исчерпана.

Однако за прошедшее десятилетие Правительство Российской Федерации постоянно рассматривает и решает задачи укрепления социальной защиты пожилых людей. В системе федеральных органов исполнительной власти, а именно в Министерстве труда и социального развития России, в 1993 году создан Департамент по делам ветеранов, пожилых людей и приема населения — проводник государственной социальной политики в отношении пожилых и их отдельных категорий.

В органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации для выполнения аналогичных функций образованы структуры, задача которых — разрешать социальные вопросы пожилого населения с учетом региональных особенностей.

Меры по улучшению положения пожилых людей предусматриваются в ежегодной программе Правительства Российской Федерации и федеральном бюджете, а также включаются в планы работы федеральных органов исполнительной власти на региональном уровне — в планы социально-экономического развития регионов, специальные программы по социальной защите населения и планы мероприятий органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Медицинскую помощь пожилые люди получают в многопрофильных лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения:

- 18,3 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений;
- 10,8 тыс. стационарных учреждений;
- 50 специализированных центров (госпиталей) по оказанию медицинской помощи пожилым людям на 15 тыс. коек;
- более 100 больниц сестринского ухода.

С 1998 года открыты и созданы новые типы учреждений здравоохранения:

- гериатрические больницы;
- гериатрические центры.

С 1995 года в России утверждена новая специальность врач-гериатр.

В каждом регионе имеется базовый гериатрический центр, обеспечивающий организационно-методическое руководство деятельностью медицинских и социально-медицинских учреждений по оказанию гериатрической помощи населению. В амбулаторно-поликлинических учреждениях создаются специализированные отделения медико-социальной помощи для проведения больным старших возрастных групп, особенно инвалидам пожилого возраста, лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе на дому.

В сети учреждений социального обслуживания населения работают стационарные геронтологические и геронтопсихиатрические центры. Средний возраст проживающих в этих центрах — 85—87 лет.

В настоящее время функционирует 1273 отделения социально-медицинского обслуживания пожилых людей на дому, в которых работают кроме социальных работников более 6 тыс. медицинских сестер. Ежегодно отделениями в постоянном режиме обслуживается до 105 тыс. тяжелобольных пожилых людей и инвалидов.

Социально-оздоровительные (реабилитационные) центры, работающие по принципу санатория или дома отдыха, ежегодно обслуживают более 30 тыс. пожилых людей. Около 3 тыс. самостоятельных учреждений социального обслуживания, а также свыше 16 тыс. различных подразделений обслуживания на дому, предоставляют социальные услуги пожилым людям в привычных для них домашних условиях. Ежегодно более 14 млн. (46%) пожилых людей получают социальные услуги, из них только 200 тыс. человек проживают в домах для престарелых.

Продолжая жить в привычных домашних условиях, социальные услуги получают ежегодно:

- в отделениях срочной социальной помощи — 12,6 млн. человек;
- в отделениях социального обслуживания на дому — 1,1 млн. человек.

С 1987 года функционирует 1833 муниципальных центров обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов, причем около 600 центров имеют отделения временного (на два—три месяца) проживания.

В настоящее время функционируют 1142 отделения дневного пребывания, ежегодно их посещают более 730 пожилых людей и инвалидов.

Вместе с тем особенно актуальной остается социальная политика в сфере пенсионного обеспечения, в необходимости повышения уровня этого обеспечения и увеличения покупательной способности пенсий.

С 1997 года средний размер назначаемых месячных пенсий увеличился с 328,1 руб. до 1135 руб. Однако отношение среднего размера пенсии к средней заработной плате пока не обнаруживает столь же благоприятную динамику: 1997 г. — 34%; 1998 г. — 30,2%; 1999 г. — 28,5%; 2000 г. — 32,9%; 2001 г. — 32,7%.

Но особенно острой остается проблема повышения размера минимальной пенсии по старости. В целях повышения жизненного уровня пенсионеров в 2001 году установлен минимальный размер совокупной выплаты пенсионерам в сумме 600 рублей в месяц. Соотношение среднего размера пенсии с величиной прожиточного минимума пенсионера стало более благоприятным: 2000 г. — 76,4%; 2001 г. — 82,7%.

В свою очередь расширяется строительство специальных домов для одиноких престарелых граждан с комплексом служб социально-бытового назначения — их уже 700, в которых проживает более 19 тыс. пожилых. Жилищные условия пожилых и старых людей улучшаются и созданием социальных квартир (1700), в которых проживают 2,2 тыс. престарелых. В этих квартирах пожилые люди постоянно обслуживаются социальными работниками.

Эти данные были представлены Министерством труда и социального развития Российской Федерации на 2-й Всемирной Ассамблее по вопросам старения. Следует отметить, что государство само откровенно признает, что “при наличии соответствующих институтов, развитого социального законодательства, защищающего права пожилых людей, мероприятий пенсионной реформы, активной деятельности по проведению акций в поддержку пожилых людей и оказанию им адресной помощи, их положение по-прежнему остается достаточно тяжелым и сопряжено с социальным риском”. Еще ранее, в Итоговом докладе о проведении Международного года пожилых было констатировано, что “в обществе распространен неустойчивый и неблагоприятный стереотип восприятия старости. Молодежь проявляет нетерпимость по отношению к пожилым людям”.

Нужно привлечь внимание к тому, что ученые, занимающиеся данной проблемой, высказываются более резко. Так, например, Медведева Г.П. пишет: “Среди молодого поколения и лиц среднего возраста распространяются геронтофобные (боязнь старости) настроения, вызванные сломом существующей ранее системы ценностей, предусматривающей уважение к человеку вообще, и к старшему поколению, в частности, ценностным хаосом в “новой” России, падением нравственности, индивидуализацией и эгоизацией населения, а также необходимостью в сложной экономической ситуации отвлекать из бюджета и общественного производства материальные и финансовые ресурсы, организовывать специальную профессиональную подготовку значительного количества трудоспособных граждан, необходимых для того, чтобы содержать и организовывать комплексное социальное обслуживание, помощь и поддержку большого количества нетрудоспособных, значительная часть которых — люди пожилого и старческого возраста, с точки зрения рыночной экономики, не приносящие явной пользы обществу и являющиеся “лишними” и “затратными”.

В свою очередь Министерство труда и социального развития Российской Федерации высказывает твердую убежденность в том, что в период до 2010 года будут преодолены негативные тенденции и удастся стабилизировать положение граждан старшего поколения, создать предпосылки для устойчивого положения роли пожилых людей в социальном развитии.

По мнению Б.С. Хорева “нынешний курс российских властей не выдерживает никакой критики, и виновна в этом рыночно-либеральная экономическая школа, по-прежнему разрушающе действующая на страну”. “Демографические изменения, происшедшие в стране, а также перемены в социально-экономических отношениях в обществе негативно сказались на демографических тенденциях будущего. Отсутствие социальных гарантий, расслоение населения по уровню доходов, стремление людей к получению более высоких доходов, когда приходится жертвовать другими ценностями, такими, как семья, дети, — предполагает негативные тенденции в демографических процессах. Падение уровня жизни, ухудшение здоровья и накопление хронических больных от поколения к поколению при утрате социального контроля над смертностью, может привести к дальнейшему снижению продолжительности жизни”. Ученый делает заключение: “В то время

как естественная убыль населения достаточно распространена в мире, в России она сопровождается кризисными проявлениями во всех областях общественного развития. Известные для других стран механизмы компенсаций убыли населения (иммиграция и культурная адаптация в развитых странах), почти неприменимы в России. Теория катастрофизма в наибольшей степени определяет сейчас будущее России”.

Подводя итоги проведенному анализу феноменального явления XX—XXI веков — постарению населения, нельзя оставить без внимания и другую точку зрения, а именно, позитивное восприятие данного феномена, которое ряд ученых считают “величайшим триумфом нашей цивилизации”. Все чаще высказывается мнение, что само по себе увеличение пожилых и старых людей в общей структуре населения не ведет автоматически к ухудшению их положения и отрицательному воздействию на экономику. Подтверждением этого взгляда служит Швеция, в которой, как известно, пожилые люди в возрасте 65 лет и старше составляют 17% — самый высокий в странах Европейского Союза. И, тем не менее, в этой стране положение старых людей — одно из лучших в сравнении с другими странами, более того, нет особо серьезной обеспокоенности влиянием старения населения на экономику. Это — результат сбалансированной государственной политики в отношении всех слоев населения. Как подчеркивает О.Б. Осколкова, Швеция на протяжении нескольких десятилетий проводила мероприятия по улучшению положения групп населения с низкими доходами, в том числе пенсионеров, политику выравнивания доходов. Поэтому имущественные контрасты в Швеции не столь велики как в современной России.

Испанский ученый М. Саггера считает, что старение населения может быть негативным только при:

- войне, на которой гибнет много молодежи;
- значительной эмиграции населения молодых возрастов;
- высокой смертности в неблагополучном обществе от производственных травм и на транспорте;
- очень резком и длительном спаде рождаемости.

А именно эти признаки и характеризуют сегодняшнюю социально-демографическую ситуацию в России и определяют ее будущее.

Литература

1. Выступление Генерального секретаря ООН Кофи Аннана на Второй Всемирной Ассамблеи по проблемам старения. //ООН в России, 2 (21) март—апрель 2002.
2. Государственный доклад о положении граждан старшего поколения в Российской Федерации. М., 2001.
3. Давыдовский И.Д. Геронтология. М.: Медицина, 1966.
4. Итоговый доклад о проведении Международного года пожилых (1999) в Российской Федерации. М., 2000.
5. Кваша А. Что такое демография. М.: Мысль, 1993.
6. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. Москва-Воронеж, 2000.
7. Осколкова О.Б. Старение населения в странах Европейского Союза: проблемы и суждения. М.: Диалог – МГУ, 1999.
8. Пожилое население в Российской Федерации: положение, проблемы, перспективы. М., 2002.
9. Россет Э. Процесс старения населения. М.: Статистика, 1968.
10. Создание общества для людей всех возрастов. а. ООН, Мадрид, Испания 8—12 апреля 2002 г.
11. Хорев Б.С. Погоня за наживой, в буквальном смысле слова, смертельна для России и всего человечества./Население и кризисы, выпуск седьмой. М.:Макс Пресс,2001
12. Хорева О.Б. Некоторые вопросы современной демографической ситуации в России. — там же.
13. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология, 2003.

Потребности пожилых людей в медико-социальной помощи

Э.В.Карюхин

Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей и особенно группы 80-летних и старше сохранится в XXI в. Это влечет за собой увеличение потребностей в медико-социальной помощи и услугах, а также явится вызовом для экономики социально ориентированных государств.

По мнению Д.Ф. Чеботарева, для выявления потребностей лиц пожилого и старческого возрастов в медицинской помощи необходимо прежде всего определить состояние их здоровья.

Виды и типы потребностей

При всем многообразии потребностей пожилых и старых людей в медицинской и социальной помощи большинство исследователей выделяют потребности в долговременных видах помощи (помощь на дому, по месту жительства, в домах по уходу), потребности в кратковременных видах помощи (госпитали, реабилитация), а также в уходе .

По данным исследований группы пожилых (средний возраст — 62 года, женщин — 57%, мужчин — 43%), выявлены следующие виды потребностей:

- в услугах — физиотерапия, трудотерапия, уход, психотерапия, коррекция поведения, одевание, помощь при приеме пищи, социальные контакты, гигиена, речевая, слуховая терапия, транспортные услуги, медсестринский патронаж;
- в специальных приспособлениях — очки, инвалидные коляски, ходунки, поручни, трости, слуховые аппараты, приспособления для приема пищи;

- в обучении навыкам адаптации — общение, одевание, раздевание, пользование туалетом, употребление пищи, гигиена и уход за собой, прогулки, компенсация зрительных и слуховых нарушений;
- забота о состоянии здоровья — визиты к лечащему врачу, визиты к другим специалистам, осмотры медсестер, диета.

С возрастом доля старых людей, нуждающихся в помощи, быстро нарастает. Отмечается, что около 50% 85-летних и старше людей нуждаются в персональной помощи.

Предполагалось, что к 2000 г. потребность в долговременной помощи для лиц 85 лет и старше как группы наибольшего риска увеличится вдвое. По данным зарубежных авторов, до 20% пожилых людей имеют различные функциональные нарушения, они нуждаются в базовой поддержке их повседневной деятельности. При этом большинство из них — 70% — живут дома, в общине, получая помощь на дому.

Менее чем 10% пожилых и старых людей с функциональными нарушениями получают услуги от формального сектора, при этом около 75% пожилых, проживающих дома, нуждаются в помощи семьи и друзей, т. е. неформального сектора.

Более 80% агентств помощи пожилым в США отмечали следующие типы потребностей их пожилых пациентов: специфические медицинские проблемы и медицинская помощь; в медицинском оборудовании; в помощи при психических проблемах клиентов; в оплате услуг; в социальной поддержке.

Оценка потребностей пожилого пациента есть систематический процесс сбора информации о подопечном, способный увеличить точность диагноза и лечебного плана.

J.W. Overall в своих исследованиях показала, что виды ухода, которые требуются пожилым с различными ограничениями дееспособности, имеют следующую иерархию:

- медицинская помощь — хирургические манипуляции, лекарственные препараты, приспособления для ухода, уход за полостью рта, физиотерапия, мануальная терапия;
- персональный уход — удовлетворение физических нужд в повседневной деятельности;
- работа по дому — приготовление пищи, уборка, поддержание порядка;

- социальная поддержка — помощь в общении с административными работниками, посетителями, дружеское общение;
- наблюдение — уменьшение риска для наиболее уязвимых старых людей;
- реабилитация — при наличии функциональных нарушений и хронических заболеваний для сохранения независимости и способности к самопомощи.

Российские исследователи отмечают, что во многих регионах страны пожилые люди предоставлены сами себе, что сравнимо с экспериментом на выживаемость. В первую очередь это относится к одиноким пожилым людям, которые рассчитывают в основном на помощь государства. Лишь 18,9% заболевших имеют возможность обратиться к врачу.

Н.Н. Михневич сообщал, что в 1992 г. в России было выявлено 645 000 одиноких пенсионеров и одиноких нетрудоспособных, нуждающихся в помощи на дому. Исследование автора показало, что основные потребители медико-социальной помощи — это одинокие и одиноко проживающие престарелые. 27% опрошенных нуждались в уходе во время болезни, 10% — в доставке лекарств.

Потребности в надомном обслуживании

Из общего числа лиц пенсионного возраста в медико-социальной помощи нуждались 21,8%, из них в надомном обслуживании — 12,6%. И.Л. Нефедова подчеркивает, что социально-бытовую помощь на дому одиноким старым людям оказывают только социальные работники Центров социального обслуживания, ими охвачено лишь 34% всех нуждающихся. Доля персонала Общества Креста в оказании помощи составляла только 2,1%.

Согласно данным Л.Ф. Гуло, потребности пожилых в оказании им медицинской помощи на 50% выше, чем у населения среднего возраста. Лица старше 60 лет, получающие помощь на дому, составляют 50% всех, кто охвачен этим видом помощи. Постоянная помощь социальных работников требовалась 2,5% лиц старше 60 лет, это были либо одинокие, либо семейные люди, не рассчитывающие на помощь родственников.

Каждый пятый пожилой человек хотел, чтобы ему во время болезни доставлялись на дом продукты питания и лекарства и предоставлялась помощь по уходу. В целом по России около 1,5 млн. граждан старших возрастов нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальных услугах.

Потребности в госпитальной помощи

При исследовании потребностей пожилых людей в госпитальной помощи было выявлено, что 16% требовали пребывания в многопрофильной больнице, в 15% случаев можно было обойтись больницей местного уровня или стационаром на дому, в 11% — требовалось пребывание в пансионате, в 9% случаев — помещение в стационар сестринского ухода. В возрастной группе 60–69 лет в госпитализации в реабилитационные отделения длительного пребывания нуждаются 10,6% пожилых, в возрасте 70 лет и старше — 25,9%. Потребность в госпитализации для интенсивного кратковременного лечения составляет в группе лиц 60–69 лет — 16,0%; в группе 70 лет и старше — 23,1%. В активном наблюдении в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются соответственно 34,0% и 41,2% больных.

По данным исследования И.Л. Нефедовой, уровень госпитализации отставал в группе обследованных пожилых от потребностей в два раза; в целом потребность в госпитализации составляла 28%.

Потребности в домах по уходу

Исследователи констатируют, что потребности в домах-интернатах в России не удовлетворяются. В 1993 г. очередь в дома по уходу составляла 14 тыс. человек; в Тверской области потребность пожилых составляла 51% от необходимого; особенно велика потребность в поддерживающем лечении пожилых и в обеспечении медицинского ухода.

Таким образом, высокая потребность контингентов пожилых в медико-социальной помощи превышает ресурсные возможности здравоохранения и поэтому предполагает участие всех заинтересованных министерств, ведомств, систем здравоохранения и социального обеспечения, Общества Красного Креста,

общественных, благотворительных и религиозных организаций (Матвеев Э.Н., Калининская А.А., 1995).

Подводя итоги описанию потребностей пожилых и старых людей в медико-социальной помощи, можно сделать следующие выводы:

- рост популяции пожилых и старых людей приводит к увеличению их потребностей в медико-социальной помощи и услугах;
- пожилые и старые люди нуждаются в долговременных, кратковременных видах помощи, а также в уходе. Потребность в тех или иных видах помощи увеличивается с возрастом;
- по данным отечественных исследователей, высокая потребность пожилых и старых людей в медико-социальной помощи превышает возможности ресурсов системы социальной защиты, что является предпосылкой для более тесного сотрудничества всех заинтересованных служб и организаций;
- систематическая оценка потребностей пожилых и старых людей в медицинской и социальной помощи увеличивает точность диагноза и лечебных планов.

Влияние старения населения на медико-социальные службы

Э.В.Карюхин

Старение населения является одним из факторов увеличения потребностей здравоохранения в ресурсах для финансирования и их распределения по социально-демографическим группам. Это означает, что при прочих равных условиях потребности в финансовых ресурсах для здравоохранения страны, в которой доля пожилых составляет 20%, будет выше, чем в стране, где она достигает лишь 10%. Одновременно подчеркивается, что принципиальная цель государственного здравоохранения — обеспечение помощи зависимым пожилым людям. В то же время во многих странах отмечается ухудшение экономической ситуации в общественном секторе, что способствует увеличению напряжения различных его уровней — национального, регионального, локального и, как следствие, между такими сферами, как медицинская помощь, социальные услуги, образование и др.

Так, отношение числа людей трудоспособного возраста к числу людей старше трудоспособного возраста, получающих пенсию и требующих большего медицинского ухода, уменьшается. Быстрый рост числа пожилых и старых лиц вызывает увеличение требований к местам их обитания; экономические факторы побуждают многие страны к попыткам регулировать расходы на медицинское и социальной обслуживание.

По признанию С. Eisdorfer et al., демографические и социально-экономические характеристики влияют на состояние здоровья пожилых и старых людей, на службы здравоохранения. Как известно,

пожилые используют диспропорциональное количество ресурсов здравоохранения: когда заболевают пожилые люди, они болеют серьезнее, чем общая популяция; при госпитализации пожилые имеют более сложные диагнозы, дольше остаются в госпиталях. Пожилые в 5 раз больше нуждаются в долговременных видах помощи, чем другие возрастные группы.

Так, расходы на медицинские услуги в США для людей старше 65 лет составляют 29% всех расходов национального здравоохранения. S.M. Peet et al., K.Steel связывают выраженный рост численности и пропорций пожилых с требованием развития всех форм долговременной помощи для популяции пожилых, в том числе помощи на дому.

Нагрузка на долговременные виды ухода

Согласно R.W. Buckingham, по меньшей мере 10–25% пожилых, находящихся в домах по уходу, могли бы жить дома при наличии доступных видов помощи на дому. Наибольшего количества медицинской помощи, по мнению L.Y. Chi et al., A. Bowling и E. Grundy, будет требовать возрастная группа престарелых, особенно женщины и одинокие старые люди. Это также является предпосылкой к развитию долговременных видов помощи.

По сообщению C.L. Estes и et al., все типы агентств — дома ухода, хосписы, помощи на дому, дневные центры — сообщали об увеличении числа пациентов старше 65 лет: на 90% в дневных центрах, на 74% в центрах пожилых, на 70% в службах помощи на дому; наибольшая часть клиентов — престарелые лица 85 лет и старше. Указывается, что в силу большей продолжительности жизни женщин, те склонны дольше иметь физические и иные расстройства. Общий потенциал требования долговременной помощи в США увеличился от 5,5–9,9 млн. чел. в 1975 г. до 6,3–11,1 млн. чел. в 1980 г. и продолжал увеличиваться до 7,4–12,5 млн. в 1985 г.

По сообщению C. Eisdorfer et al., менее чем 5% старых людей от 75 лет и старше, живущих в общине, составили 12% заболеваемости остальных жителей и 16,3% всего количества дней помощи; по данным авторов, 46% пожилых с ограничениями активности вследствие хронических заболеваний, составляли 63% всех визитов к врачам, 71% госпитализаций и 82% всех дней, затрачиваемых пожилыми на больничные койки. В 1990 г. расходы в США на

службу помощи на дому составили 3,9 млрд. долларов и возросли в 1995 г. до 16,2 млрд. Число визитов к пациентам за этот период возросло от 35,8 визита на одного пациента до 75 визитов. Одна из ведущих причин этих изменений — демографические показатели роста числа пожилых и увеличение числа больных с нарушенными функциями.

В течение последних 5 лет общее число агентств помощи на дому в США возросло на 61%. В быстро растущем сегменте индустрии помощи на дому работают в США 15 027 сотрудников, обеспечивающих помощь 7 млн. чел., 1998). По мнению А. Cherney, рынок служб помощи на дому будет возрастать от 10 до 20% каждые пять лет, сопровождаясь снижением рынка оказания острой помощи и развитием новых уровней услуг, которые будут более экономически эффективны, чем базированные на стационарах службы.

Согласно прогнозам экспертов, к 2025 г. глобальная популяция пожилых возрастет до 822 млн. чел., это означает в том числе, что люди будут вести возрастающую борьбу за цены долговременной помощи, это означает также, что будет возрастать и объем помощи на дому и становиться наиболее доступной частью мировой системы здравоохранения.

Влияние на госпитальную систему

Отмечается значительная нагрузка на гериатрическую госпитальную систему: в Великобритании в 1992 г. возрастная группа 75 лет и старше, составляя 6,8% всего населения страны, отвечала за 15,6% всех госпитализаций; в США в 1990 г. было израсходовано 7 млрд. долларов на госпитальное лечение сердечной недостаточности пожилых людей.

По сообщению D. Callahan et al., в Бельгии 50% госпитализаций связаны с пожилыми людьми старше 60 лет; в Великобритании ими занято до 40% коечного фонда и до трети всех госпитальных дней; в Чехии 30,7% койко-дней приходятся на пожилых, в США — 42%. В Германии возрастная группа 65 лет и старше, составляя 15,3% населения, занимает 44,5% койко-дней в стране, что требует 23,5% бюджета здравоохранения. Авторы констатируют, что во многих странах долговременная помощь или неадекватна финансово, или недоступна, или требует дополнительных оплат «из своего кармана».

Пожилые люди старше 64 лет в США занимают до 40% госпитальных коек, средний койко-день — 6,3 дня; повторные госпитализации пожилых составляют по меньшей мере 25% всех госпитализаций и увеличивают расходы на больничные услуги.

По сообщению М.Е. Moffa-Trotter и W.K. Anemaet, стоимость госпитального и постгоспитального лечения одного больного в США по поводу перелома шейки бедра составляет 20 000 \$.

D. Callahan et al. заключают: поскольку требования помощи пожилым людям и их зависимость от других увеличиваются, пожилые все более становятся бременем для общества, — они занимают увеличенное количество коек в госпиталях, что приводит к случаям ожидания молодых пациентов; страховые компании увеличивают плату за лечение пожилых людей; институциональная помощь и помощь на дому ложатся бременем на семьи и соседей, предоставляющих помощь пожилым; тем не менее, в свете демографических изменений многие страны приходят к пониманию, что необходим поиск новых форм помощи пожилым, включая новые типы домов ухода, больше поддержки амбулаторной помощи и услугам, членам семьи и помощникам по уходу.

По мнению J.W. Overall, в ближайшем будущем многие народы мира будут продолжать стареть и требовать большего медицинского и социального ухода и большего выбора альтернативных условий для проживания пожилых людей.

Данные обзора позволяют сделать следующие выводы:

- старение населения планеты есть фактор увеличения ресурсов, в том числе финансовых, для служб здравоохранения и социальной защиты;
- пожилые и старые люди во многих странах мира, включая Россию, используют диспропорциональное количество ресурсов здравоохранения;
- экономически более эффективные виды долговременной помощи пожилым способствуют сокращению расходов на здравоохранение и социальную защиту и стимулируют поиск новых альтернативных форм помощи.

Анатомо-физиологические особенности пожилых людей

А. В. Флинт

Кожа и подкожная клетчатка

С возрастом кожа пожилых людей становится очень тонкой, особенно на кистях, ступнях, в области крупных суставов и в местах костных выступов. За счет уменьшения пото- и салоотделения, потери эластичности кожа делается сухой, морщинистой и складчатой. Уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки. Из-за этого кожа легко смещается, делается дряблой. Она легко травмируется, трескается, разрывается, подвергается изъязвлению, плохо заживает. У лежачего пожилого даже грубое или тяжелое постельное белье может травмировать кожу, приводить к развитию пролежней.

Из-за выраженного уменьшения объема подкожно-жировой клетчатки нарушается теплообмен, пожилые люди легко отдают тепло и поэтому часто мерзнут и зябнут, нуждаются в теплой одежде, обогреве постели. В плохо отапливаемом помещении, особенно в сочетании с малой подвижностью, развивается переохлаждение, даже при положительной температуре, что может привести к заболеванию или смерти больного. Оптимальная температура воздуха в помещениях должна быть около 21° С.

Нужно помнить, что для обогрева постели использовать электрические грелки можно только в том случае, если Вы уверены,

что пожилой не заснет рядом с грелкой. Иначе, если во время сна произойдет невольное мочеиспускание, грелка промокнет, что приведет к электротравме.

С другой стороны пожилые люди с трудом переносят повышенную температуру и влажность воздуха. Возможно развитие общего перегрева с развитием теплового удара.

На коже пожилых людей часто появляются опрелости, особенно в местах естественных складок (паховых, подмышечных, под молочными железами у женщин, на ладонях и в складках суставов пальцев при длительном пребывании кистей в сжатом состоянии).

У пожилых людей часто развиваются онкологические заболевания кожи. Поэтому необходим регулярный осмотр всей поверхности кожи.

Возрастные изменения волос

Волосы в течение жизни изменяются под воздействием генетических, иммунных, гормональных факторов и экзогенных воздействий (жара и холод, химические агенты и механические травмы и др.). Происходят атрофические и дистрофические изменения в волосяных фолликулах и луковицах волос, волосы теряют пигмент, редеют, становятся ломкими.

Чаще всего пожилых женщин беспокоит гирсутизм — усиление роста жестких волос на лице в климактерическом периоде. Этот рост усиливается при попытках сбривать, выдергивать волосы. Рост волос на голове, коже туловища, лобка, в подмышечных ямках у лиц обоих полов с возрастом уменьшается. Образование залысин на висках, на темени, облысение (в основном у мужчин) чаще является наследственным. Кроме наследственности и дерматозов, ведущих к облысению, патогенетическими факторами признаны стрессы, гормональные нарушения, дефициты витаминов и микроэлементов, профессиональные вредности и интоксикации. Иногда требуется устранить внешние причины (систематическое негативное воздействие перекиси водорода и химических красителей, травмирование металлическими расческами, механическое натяжение волос при начесах, систематическое пользование тяжелыми головными уборами и т. д.).

Опыт гериатров показывает, что нередко пожилые пациентки сильно беспокоятся о выпадении волос на голове, впадают в депрессию или тревогу. Необходимо предложить в таких случаях

пользоваться подходящим париком. Если есть возможность и желание, можно провести комплексный курс лечения.

Уход за волосами пожилого человека, их частое мытье, аккуратное расчесывание, стрижка, каждодневное причесывание создают хорошее настроение, повышают самооценку, предупреждают депрессию.

Костно-мышечный аппарат

Общее количество костной ткани с возрастом уменьшается. Истончаются суставные хрящи, в том числе межпозвонковые диски, что приводит к развитию болевого синдрома, изменению осанки, искривлению позвоночника.

Большое профилактическое значение при подобных состояниях имеет гимнастика.

Пожилых часто мучают сильные боли в области позвоночника, тазобедренных, коленных, плечевых суставов при любом движении. Боли сопровождаются выраженной деформацией и ограничением подвижности. Это приводит к уменьшению двигательной активности пожилого, его изоляции, депрессии, желанию пребывать все время в постели.

Вследствие остеопороза — разрежения костной ткани — кости становятся хрупкими. Легко ломаются даже при незначительных ушибах. Остеопороз усиливается и при малоподвижном образе жизни. Причинами частых переломов костей у пожилых, помимо остеопороза, могут быть потеря мышечной массы в результате похудения, а также патология суставов.

Уменьшается у пожилых людей и количество мышечной ткани, что приводит к ослаблению активности и трудоспособности. Быстрое наступление усталости не дает возможности заниматься привычными делами, доделывать до конца начатую работу. Физические упражнения не только приостанавливают потерю мышечной массы, но и способствуют нарастанию силы даже у очень пожилых людей, увеличению их двигательной активности. Известно, что после настойчивых занятий физкультурой в течение 1—2 мес многие пожилые люди отказывались от тростей и ходунков. Поэтому двигательная активность вопреки болевому синдрому, физические упражнения с дозированной нагрузкой помогают сохранить подвижность и физическую силу

в любом возрасте. Для пациентов с болевым суставным синдромом показаны изометрические упражнения.

Нарушается походка. Она делается медленной, неустойчивой, с укороченным шагом, шаркающей. Увеличивается период опоры на обе ноги. Поворачивается пожилой человек медленно, неуклюже, с разной скоростью в разных отделах тела. Такие нарушения походки часто приводят к падениям, а падения — к переломам костей.

При ходьбе должна быть хорошая опора в виде прочной трости, ходунков, поручней вдоль стен и т. п. Подошвы ботинок необходимо снабжать приспособлениями, предотвращающими скольжение (приклеенные резиновые полоски, пластырь и т. д.).

Полы в комнатах, кухне, коридорах, ванной и туалете должны быть сухими и нескользкими, покрыты резиновыми ковриками, препятствующими скольжению.

Не следует торопить пожилых людей, понуждать их к быстрой ходьбе, заставлять нервничать по поводу возможного опоздания куда-либо. Надо помнить, что, по мнению ученых, $\frac{2}{3}$ падений пожилых людей могут быть предотвращены!

Дыхательная система

Легочная ткань пожилых людей теряет свою эластичность. Уменьшается подвижность грудной клетки и диафрагмы. Легкие не могут полностью расправляться при вдохе. Развивается одышка. Снижается бронхиальная проходимость, нарушается дренажная «очистительная» функция бронхов. Плохая вентиляция легких способствует развитию застойных пневмоний.

У пожилых людей снижается кашлевой рефлекс. Это может способствовать попаданию пищи или жидкости в верхние дыхательные пути при неправильном кормлении пожилого человека, что в свою очередь может привести к асфиксии или к развитию аспирационной пневмонии.

Из-за уменьшения кровенаполнения легких и склерозирования стенок альвеол нарушается нормальный газообмен, в результате чего кислород воздуха плохо проникает через альвеолы в кровь, а углекислота — из крови. Развивается гипоксия — состояние, сопровождающееся пониженным содержанием кислорода в крови, что приводит к быстрой утомляемости, сон-

ливости. Гипоксия вызывает нарушения сна. Поэтому пожилым необходимо чаще находиться на свежем воздухе, заниматься дыхательной гимнастикой, особенно тем, кто вынужден много времени проводить в постели или кресле.

Головной конец кровати пожилых людей должен быть приподнят, что улучшает легочную вентиляцию и способствует более глубокому дыханию. При легочных заболеваниях необходимо всячески способствовать повышению двигательной активности. Врач должен назначать постельный режим только в случаях крайней необходимости. В лечении должны использоваться, конечно, по назначению врача, отхаркивающие средства в сочетании со средствами, разжижающими мокроту и препаратами, расширяющими бронхи. Пожилым людям с легочными заболеваниями необходимы лечебная дыхательная гимнастика и массаж. Если больной все-таки находится в постели, то должен как можно больше двигаться в ней, поворачиваться, садиться.

Сердечно-сосудистая система

С возрастом ухудшается работа сердечной мышцы. Прежде всего страдает сократительная способность сердечной мышцы благодаря которой сердце проталкивает кровь по всему организму. Во время физической нагрузки сердце плохо снабжает организм кровью, ткани не обеспечиваются в должной мере кислородом, из-за этого значительно уменьшаются физические возможности человека, быстро наступает усталость.

Нужно организовывать регулярные «передышки» при работе с пожилыми людьми, даже если они этого у Вас не просят. Их организм плохо подготавливается к предстоящей физической работе, плохо вработывается и плохо восстанавливается затем. Нельзя пожилых людей заставлять сразу, быстро что-то сделать, например, сразу быстро пойти или начать быстро одеваться.

При отдыхе после выполнения физической работы, если Вы почувствовали, что уже отдохнули — это не значит, что успел отдохнуть пожилой человек, который вместе с Вами выполнял физическую работу.

Кроме того, в результате уменьшения эластичности кровеносных сосудов при физической работе резко повышается артериальное давление.

Пожилые люди часто жалуются на возникновение одышки, нарушение ритма сердца при выполнении физической работы или во время ночного сна.

Если пожилой человек вынужден много времени проводить сидя или стоя, у него развивается отек ног, варикозное расширение вен нижних конечностей. В таком случае можно пользоваться эластичными чулками или бинтами, периодически (5—10 мин в течение 2—3 ч) ложиться и поднимать ноги так, чтобы они были выше туловища, при этом очень хорошо делать движения, напоминающие кручение педалей велосипеда. Очень полезно подставлять под ноги сидячего пожилого человека скамеечку.

Артериальное давление с возрастом обычно повышается. Важно помнить, что у пожилых людей при внезапных ситуациях, например испуге или стрессе, артериальное давление может резко подняться или, наоборот, резко упасть.

При внезапном подъеме артериального давления у больного может развиваться нарушение мозгового кровообращения, вплоть до мозгового инсульта.

Резкое падение артериального давления случается, например, при ортостатическом коллапсе, когда при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное артериальное давление резко падает, что может сопровождаться потерей сознания и падением. Особенно часто это бывает у пожилых людей, получающих препараты, снижающие артериальное давление, мочегонные, психотропные и др. препараты. Важно ознакомиться с инструкциями по применению тех препаратов, которые принимает пожилой человек и соблюдать меры предосторожности в тех случаях, когда в инструкции указана возможность развития ортостатического коллапса. Нельзя, чтобы пожилые люди резко вставали. Опасно резко подниматься в постели или кресле или садиться в постели после ночного сна или после длительного лежания. Это часто приводит к падению с кровати или с кресла, особенно, если оно глубокое. Если есть возможность, лучше помочь пациенту подняться. Делать это надо медленно, поэтапно, чтобы сердце и сосуды смогли компенсировать изменение положения. После того как пожилой человек сел или встал, его необходимо поддерживать до тех пор, пока не пройдет головокружение, которое возникает у многих людей как реакция на изменение положения. Постель или кресло пожилого человека должны быть удобными для медленного подъема, так как, в большинстве случаев, из

неудобного кресла или кровати больной вынужден подниматься рывком. Матрас кровати или сиденье кресла не должны провисать напоподобие гамака, а высота кровати или кресла должна быть такая, что бы угол бедра и корпуса туловища составлял угол более 90°.

Пищеварительная система

Пожилые люди часто страдают плохим аппетитом. Это может быть связано с потерей или ухудшением обоняния, вкуса, уменьшением количества выделяемой слюны и пищеварительных соков. При этом питательные вещества плохо усваиваются.

Даже при наличии собственных зубов у пожилых людей часто нарушается акт кусания и жевания, ухудшается механическая обработка пищи во рту. Однако чаще у пожилых людей возникают проблемы с жеванием, связанные с плохим состоянием полости рта. В связи с этим они могут отказываться от еды и терять в весе.

Необходимо проверять наличие зубов во рту или зубных протезов и их состояние. Пища, приготовляемая для пожилых людей, не должна быть слишком твердой или сухой. Слюны выделяется мало, и поэтому пожилые люди часто жалуются на сухость в полости рта, трещины губ и языка. Из-за малого количества слюны, обладающей бактерицидным действием, в полости рта, особенно при плохом уходе и наличии зубных протезов, под которыми всегда остаются частицы пищи, быстро развиваются гнилостные процессы. Пожилые люди нуждаются в тщательном уходе за полостью рта, частом смачивании ее водой или соком.

Нельзя забывать о том, что у старых людей может просто не оказаться денег на покупку еды или нет возможностей ее приобрести, если, например, в силу слабости или заболевания они не могут покинуть дом или приготовить себе пищу и др.

Пожилые люди всегда плохо едят в одиночестве и значительно лучше — в компании. С трудом и часто неохотно сами готовят себе еду и в то же время прекрасно едят, если еда приготовлена кем-то, кто находится рядом и кто, приготовив еду и накрыв на стол, может разделить с ними трапезу.

Из-за возрастных изменений у пожилых часто возникают грыжи и дивертикулы (выпячивания стенки) пищевода. Пища проходит по пищеводу «вяло», возникает чувство комка за грудиной, осо-

бенно когда пожилой ест в горизонтальном положении. Часто возникает гастроэзофагеальный рефлюкс — обратное затекание пищи из желудка в пищевод, что приводит к таким симптомам, как боли в области груди, изжога. Для профилактики этого осложнения необходимо есть в вертикальном положении, небольшими порциями, почаще, после еды находиться в вертикальном положении не менее часа. Пища должна быть однородной, кашецеобразной консистенции, не слишком жидкой. Последний прием пищи необходимо осуществлять не позже, чем за 3—4 ч до ночного сна.

Слизистая оболочка желудка пожилых людей очень легко ранима. Велик риск развития язвы желудка. Особую осторожность нужно соблюдать при приеме противовоспалительных препаратов, которые так часто прописывают больным по поводу болей в суставах, например аспирина или ибупрофена.

Большую проблему представляют запоры. Они объясняются замедлением перистальтики кишечника, снижением тонуса толстой кишки и нарушением продвижения по ней каловых масс, ослаблением мышц передней брюшной стенки и таза, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, сопутствующими заболеваниями, например геморроем. Для профилактики запоров можно посоветовать вести подвижный образ жизни, совершать ежедневные прогулки, заниматься гимнастикой, делать массаж передней брюшной стенки живота, употреблять достаточное количество жидкости (не менее 2 литров), овощей и фруктов.

Поджелудочная железа претерпевает с возрастом дистрофические изменения. Часто развивается сахарный диабет. Чтобы предотвратить это заболевание, следует ограничить потребление мучных продуктов, сладкой и жирной пищи, алкоголя.

Печени требуется больше времени для разложения токсических веществ и лекарств, падает выработка белков — альбуминов, что обуславливает плохое заживление ран.

Мочевыделительная система

С возрастом уменьшается количество нефронов — рабочих клеток почек. Диурез, т. е. суточное количество мочи, уменьшается (у 80—90-летнего человека он составляет только половину диуреза молодого). Моча выделяется в небольшом количестве, высокой концентрации.

Лекарства выводятся из организма плохо, поэтому легко может произойти передозировка препаратов.

Стенка мочевого пузыря утолщается, а эластичность и емкость — уменьшаются. Возрастает частота позывов на мочеиспускание. Нарушение замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря обуславливает подтекание мочи, т. е. недержание ее при наполнении мочевого пузыря. Из-за снижения функций высших нервных центров, контролирующих рефлекс мочеиспускания, старые люди плохо терпят, когда мочевой пузырь наполнен мочой. При возникновении позыва на мочеиспускание они испытывают необходимость сразу помочиться.

С учетом этого необходимо при уходе за пожилыми людьми уменьшить интервал между мочеиспусканиями, понуждать пациентов чаще ходить в туалет или пользоваться судном или уткой.

Зрение

У пожилых людей происходит нарушение рефракции, часто развивается катаракта, что приводит к снижению остроты зрения, особенно периферического. Пожилые люди плохо фиксируют взгляд на предметах, часто или совсем не видят того, что находится сбоку от них. Поэтому при общении с ними, входя в комнату или подходя сбоку, следует как-то привлечь внимание, чтобы не напугать. Не подходите к человеку с плохим зрением против света. Заранее постучите в дверь или дайте знать, что Вы рядом, например, поздоровайтесь так громко, чтобы он Вас услышал и ответил Вам или дал знак, что Вас услышал. Однако не начинайте разговор громко и резко, находясь рядом с пожилым.

Если больной носит очки, то необходимо следить за тем, чтобы линзы очков были чистыми, не поцарапанными (особенно легко портятся пластиковые линзы, если очки часто кладут на твердые поверхности линзами вниз). Очки должны быть правильно подобраны. Важно периодически консультировать пожилых людей у окулиста, поскольку снижение зрения может происходить достаточно быстро. Очки должны быть всегда рядом с пациентом. В комнате необходимо обеспечить хорошее освещение. Опасно находится в полумраке. Днем надо открывать занавески на окне, вечером вовремя включать светильники.

Без нужды не переставляйте предметы в комнате, не известив об этом пожилого человека, иначе он, не очень хорошо разглядев их на новом месте, по привычке пойдет обычным своим маршрутом и споткнется или ударится. Поменяв обычное место стакана с ложечками на обеденном столе, Вы обрекаете больного к бесплодному поиску ложки во время чаепития, что ему будет очень неприятно, особенно, если он понимает, что все на него смотрят. При появлении в комнате новых людей или предметов надо описывать их больному, чтобы он имел возможность представить их себе. Например, «сегодня солнечный день, я открыла дверь на балкон». «Я принесла вам красные гвоздики. Они стоят на журнальном столе в вашей любимой вазе». Комментируйте свои последующие действия: «Нам надо принять лекарства. Я сейчас принесу стакан с водой». «Время обедать. На первое у нас — грибной суп. К нему есть сметана». Расположение предметов на столе удобно объяснять, пользуясь сравнением с часовым циферблатом: сахарница стоит на 12 часах, хлебница с белым хлебом — на 3 часах, стакан с чаем — перед Вами, на 6 часах. При совместных передвижениях держите Вашего спутника за руку, лучше всего за предплечье. Рассказывайте ему о том, что встретится вам на пути: «Сейчас мы сойдем с тротуара» или «Сейчас мы начнем подъем по лестнице на второй этаж».

Во время еды перед пожилым человеком не должно быть много предметов. Полезно использовать световые контрасты для лучшего разглядывания предметов, например, на светлом столе поместите темную нескользящую подставку, на ней — темную тарелку и ложку. В таком цветовом сочетании Ваш пациент все хорошо увидит.

У пожилого человека глаза плохо и медленно адаптируются к условиям недостаточной или избыточной освещенности, особенно при быстром переходе от света к темноте и наоборот. Поэтому Ваш подопечный может ничего не увидеть у себя под ногами, если он только что перевел взгляд из окна в комнату, где он находится.

При входе с улицы в подъезд или в транспорт пожилой человек делается крайне уязвимым. Он плохо различает недостаточно освещенные предметы, например ступеньки лестницы, на которые падает тень. Желательно, чтобы в таких опасных местах, как лестницы, коридоры, парадные, были установлены дополнитель-

ные светильники. Ступени лестницы или их края, пороги (если нет возможности их убрать совсем!) должны быть покрашены в контрастные (светлые) тона. Выключателей в таких местах необходимо иметь вдвое больше, чем обычно, чтобы была возможность включать свет в начале своего пути и гасить его в конце.

Слух

Если Ваш подопечный носит слуховой аппарат, убедитесь, что он им пользуется правильно, в соответствии с прилагаемым техническим руководством; проверяйте периодически, как аппарат работает, не сломан ли, не сели ли батарейки, не забились ли в наушники ушная сера.

При разговоре убедитесь, что аппарат работает и включен. Ваш собеседник сможет лучше Вас понять, если будет ориентироваться на мимику лица, движения губ. Поэтому при разговоре лучше сидеть так, чтобы ваши лица находились на одном уровне. Нельзя, чтобы собеседник смотрел на Вас против света. Говорить надо не громко (!), но и не тихо, ясно, внятно, несколько медленно, но не утрируя и не подчеркивая отдельные слоги (не скандируя!), сопровождая речь живой мимикой и небольшим количеством выразительных жестов.

Во время разговора постарайтесь не отворачивать лицо, не смотрите в пол, не закрывайте рот или лицо руками. Во-первых, Вы этим ухудшаете ясность звуков, а во-вторых, люди с плохим слухом часто хорошо читают по губам. Говорите короткими фразами, небольшими смысловыми блоками, заканчивая каждый из них, убедитесь, что собеседник услышал Вас правильно. В особо важных случаях попросите повторить смысл сказанных Вами слов. Если подопечный Вас не понял, повторите, используя другие слова, но ни в коем случае не повышайте голоса, не кричите, не раздражайтесь и не торопитесь.

Пожилые люди с расстройством слуха лучше воспринимают низкие тона и хуже — высокие; плохо слышат высокие женские и писклявые детские голоса. Людям с нарушенным слухом очень мешает фоновый шум, например, когда одновременно говорят несколько людей, или когда Вы разговариваете в комнате, где работает телевизор. В таком случае плохо слышащий человек может думать, что говорящие при нем другие люди шепчутся, говорят о нем что-то такое, чего он сам не должен знать. Если они

при этом смеются, то он считает, что они смеются над ним. Если человек плохо слышит на одно ухо, то необходимо говорить, располагаясь со стороны другого уха. Если обстановка не позволяет создать такие условия, чтобы Ваш собеседник хорошо Вас слышал — напишите ему необходимую информацию на бумаге.

Будьте доброжелательны к собеседнику, прилагайте усилия к тому, чтобы наладить хороший контакт, иначе, почувствовав Ваше раздражение, он замкнется в себе.

Ухудшение слуха может быть связано с появлением пробок из ушной серы, поэтому, если Вы заметили, что слух больного ухудшился, надо обязательно провести медицинское исследование слухового канала. При наличии серной пробки ее обычно вымывают с помощью шприца и теплого раствора фурацилина. Эту процедуру осуществляет врач-отоляринголог. Для лучшего эффекта процедуры необходимо в течение 3 дней до этого закапывать на ночь в ухо по 1 капле теплого вазелинового масла. Закапывание масла можно применять и как средство профилактики серных пробок, сочетая его с чисткой уха ватной турундой или специальными ушными палочками. Делать эту процедуру надо ловко, так как сера может забиться в глубь слухового прохода, к барабанной перепонке, и осторожно, потому что поверхность стенки ушного канала легко травмируется. При ухудшении слуха надо проверить, не забились ли сера в отверстие слухового аппарата, и если да, то его тоже необходимо прочистить.

Вкус

У пожилых людей значительно ухудшается способность ощущать вкус пищи из-за возрастного уменьшения количества вкусовых рецепторов — клеток, воспринимающих вкус пищи. К 70 годам таких клеток остается меньше половины. Пожилые люди плохо ощущают сладкое, кислое, горькое, часто переслащивают еду. Дополнительно ухудшают восприятие вкуса зубные протезы. Вкус может не только ухудшаться, но и извращаться.

Часто пожилые жалуются на плохой вкус во рту, неприятные ощущения или вообще полное отсутствие всякого вкуса: «Пища совершенно безвкусная!», «Еда такая невкусная и совершенно пресная!» и др. Это часто приводит к отказу от еды, жалобам на плохой аппетит.

Поэтому при приготовлении пищи желательно использовать пряности, вкусно и сильно пахнущие травы и т. д.

Важно следить за состоянием полости рта, обязательно чистить зубные протезы, прополаскивать рот перед и после еды, очищать поверхность языка от налетов.

Обоняние

С возрастом обоняние также ухудшается. Пожилые люди плохо ощущают и различают запахи. Отсутствие обоняния делает еду безвкусной, что приводит к потере аппетита.

Другая серьезная проблема, обусловленная нарушением обоняния — возможность отравления испорченными продуктами, газом, выходящим из открытой конфорки на кухне. Не почувствовав запах дыма при возгорании, пожилой человек может не заметить вовремя пожар.

Тактильная (осязательная) чувствительность

У людей старшего возраста ухудшается способность тонкого ощущения предметов. Из-за этого они берут предметы неловко, могут легко выронить их из рук и в результате обжечься, ошпариться; вызвать возгорание и пожар. Предметы, которыми часто пользуется пожилой, например посуда, должны иметь достаточно большие и удобные ручки, чтобы можно было надежно браться за них. Предметы должны быть достаточно весомыми, чтобы они хорошо ощущались в руке. Особенно это относится к тростям.

Нарушение подошвенной чувствительности приводит к тому, что пожилой человек плохо ощущает характер поверхности, на которую ступает его нога. Это создает дополнительную возможность падения. Ботинки должны быть подобраны точно по ноге (очень опасна разношенная обувь!).

Возрастное ухудшение тактильной чувствительности совсем не означает, что не нужно прикасаться к старикам. Наоборот! Выяснилось, что пожилые люди очень нуждаются в прикосновениях, не меньше, чем маленькие дети. Прикосновения, поглаживания, простое пожатие руки — все это очень важно для воодушевления, душевной поддержки Вашего подопечного. Тактильный контакт может помочь восстановить уверенность в себе, свою востребованность, неоставленность в этом мире.

Не отрывайте своей руки, когда подходя к постели пожилого человека увидите, как он вдруг, не дожидаясь Вашей помощи, сам схватиться за Вашу руку и буквально уцепиться за нее!

Болевая чувствительность

У людей старшего возраста замедленная реакция на воздействие температуры. Это может привести к тому, что, прикоснувшись к горячей кастрюле, сковородке или открытому огню, пожилой человек не сразу отдернет руку, а через некоторое время, достаточное для развития серьезного ожога.

При мытье в ванной, пробуя на ошупь температуру воды, он не всегда в состоянии правильно ее определить и, погрузившись в очень горячую воду, может получить ожоги. Поэтому важно измерять температуру воды в ванной не на ошупь, а с помощью водяного термометра.

Память

У старческой памяти тоже есть свои особенности. Помимо общего снижения способности запоминать, характерно нарушение памяти на недавно прошедшие события, а также намерения и действия, связанные с текущей жизнью.

Пожилые с трудом запоминают даты, имена, номера телефонов, назначенные встречи. Они быстро забывают увиденное по телевизору или прочитанное, не могут вспомнить, куда положили ту или иную вещь. В таких случаях нужно приучать их делать записи, класть все вещи на одни и те же места, ни в коем случае не менять установившегося порядка или месторасположения предметов! Это относится и к тем, кто ухаживает за пожилыми.

Убираясь в комнате, раскладывая вещи на столе или в шкафу, наводя порядок в кухне, нельзя забывать о том, что все, что Вы сделали, может быть воспринято пожилым как катастрофа.

Пожилые люди с трудом ориентируются в новой обстановке, плохо запоминают расположения комнат в новой квартире, в больнице, доме-интернате, помногу раз осваивают новые пути передвижения по местности. Поэтому необходимо помнить, что помещение пожилого человека в новую среду — это всегда сильный стресс для него, который может резко ухудшить состояние здоровья.

Можно помочь такому пациенту выделить в новой для него информации самое главное, значимое для него и не перегружать его память маловажной информацией. Памятуя о том, что пожилые люди для лучшего запоминания часто логически структурируют материал, необходимо передавать им информацию в заранее структурированном виде.

Необходимо добиваться того, чтобы после получения инструкции Ваш пациент обязательно повторил, как он понял задание. Хорошо, если он еще раз повторит задание через 5—7 мин.

У телефонного аппарата, на видном месте, должен быть список основных номеров телефонов родственников, соседей, медицинских и социальных организаций, оказывающих данному человеку помощь, с обязательным указанием фамилий, имен, отчеств, занимаемых ими должностей. На столе нужно иметь список необходимых дел, например на сегодняшний день или на ближайшее будущее.

Полезно, чтобы пациент имел перед собой план последовательности выполнения определенных действий. Например, для того чтобы принять душ, нужно:

- 1) приготовить свежее белье и полотенце;
- 2) постелить резиновый коврик в ванну;
- 3) приготовить купальный халат;
- 4) расположить удобно мыло и мочалку и т. д.

Необходимо, особенно в первое время, контролировать выполнение врачебных назначений и инструкций социального работника.

Нужно помнить о том, что в одних случаях пожилой человек действительно не может что-то запомнить, хотя и хочет, а в других — просто не хочет запоминать, потому что, например, ленится, или апатичен, или находится в депрессии. Он также может считать, «с подачи» родственников, медиков или по собственному разумению, что нарушение памяти у него связано с возрастными особенностями, развивается фатально и не поддается коррекции. Поэтому важно знать, существуют ли у пожилого человека побудительные мотивы к запоминанию.

На фоне потери памяти на текущие события у стариков сохраняется и даже «оживляется» память на «дела давно минувших дней». Считается, что «уход в прошлое» и воспоминания, связанные с периодом социальной активности и значимости, повышают самооценку пожилого человека, позволяют ему отвлечься от

осознания грустной действительности, с которой он не хочет согласиться и которую он не хочет осмысливать. Возможно, что пожилой человек часто не готов к решению таких глобальных вопросов бытия, как смысл прожитой жизни и осознание того, что и в каком виде его ожидает после смерти.

Сон

Лицам старшего возраста требуется больше времени, чтобы заснуть и достичь стадии глубокого сна, который приносит отдохновение. Увеличивается период поверхностного сна, не дающего отдыха. При такой структуре сна могут быть жалобы типа: «всю ночь не сомкнул глаз». Если таких людей случайно разбудить, они могут потом долго не заснуть. Частота случайных пробуждений с возрастом увеличивается, а общая продолжительность сна не меняется. Это часто приводит к усталости и апатии.

Однако нельзя забывать, что сонливость, усталость и апатия могут быть связаны не только с нарушением сна, но и с психическими расстройствами.

Способствуют нарушению сна и другие факторы: стресс, заботы, депрессия, нарушение режима дня, длительный постельный режим, обезвоживание, факторы окружающей среды.

Соблюдая простые правила, можно добиться улучшения сна. Для этого надо:

- всегда ложиться спать в установленное время (не засыпать и не дремать в дневные часы);
- в кровати находиться только во время сна (если у пациента постельный режим, надо как можно больше находиться в сидячем положении, лучше в кресле, а не в кровати);
- после случайного пробуждения не оставлять постель более чем на 20 мин;
- ограничить или полностью отказаться от возбуждающих напитков, особенно во второй половине дня (чай, кофе, алкоголь — необходимо знать, какие продукты питания вызывают у пациента возбуждение);
- сократить прием жидкости на ночь;
- увеличить дневную активность (упражнения, прогулки, игры, занятия);

- организовать покой во время ночного сна, особенно утром и вечером (телефон, будильник, голоса и т. д.);
- исключить бесконтрольный прием снотворных;
- употреблять теплое питье на ночь в небольшом объеме;
- обеспечить удобный матрац (твердый и упругий);
- перед сном хорошо проветрить помещение, поддерживать температуру 20—21° С;
- принять теплую ванную или душ.

Общение

Психическая активность пожилых лиц падает. Они быстро устают. Нужно внимательно следить за тем, как ведет себя пожилой человек и, обнаружив первые признаки усталости, давать ему возможность отдохнуть, «перевести дыхание».

Внимание стариков легко отвлекается внешними причинами, и тогда они теряют нить разговора, часто забывают, о чем только что шла речь. Поэтому важно при общении создать такие условия, чтобы ничто не отвлекало их от разговора. Плохо воспринимается быстрая речь с короткими промежутками между словами. Надо говорить достаточно медленно, с перерывами между словами. Нельзя «проглатывать» окончания слов и говорить «взахлеб». Выражение лица должно быть приветливым и доброжелательным.

Пожилые люди с трудом участвуют в групповой беседе, если одновременно говорят несколько человек, они плохо понимают смысл происходящих разговоров, не сразу включаются в разговор, отвечают на заданный вопрос. Поэтому когда медики или социальные работники им что-то говорят и советуют, они не могут сразу запомнить данные рекомендации и назначения и от этого начинают волноваться, раздражаться и, в результате, еще хуже понимают и запоминают.

Характерны попытки избегать ситуаций, требующих напряженного мышления, подменять интеллектуальные усилия различными двигательными приемами — покачиванием головы, почесыванием в затылке, растягиванием речи. Если пожилой человек говорит с Вами с раздражением, ни в коем случае не отвечайте ему тем же. В тяжелом разговоре не думайте, что грубая правда — это хорошо. Отвечайте мягко, постарайтесь отвести разговор от

темы, вызывающей у пожилого человека раздражение или неприятное чувство.

Пожилые люди тяжело переживают, если заболевают. Беспокоятся, тревожатся, паникуют, впадают в депрессию. Боятся, что не хватит денег на лечение, что окажутся беспомощными, зависимыми от других. Страх увеличивается при помещении в больницу, в которой все незнакомо, непонятно и кажется враждебным и агрессивным настроенным. Страх и стресс, в свою очередь, ухудшают память, когнитивные (познавательные) функции.

Пожилые плохо адаптируются к изменениям внешних условий, не в состоянии запомнить распорядок дня, расположение помещений, распоряжения врачей и сестер, их имена. От этого замыкаются, уходят в себя.

В больнице важно психологически поддержать пожилого человека, не оставлять его одного, чаще напоминать ему, что его не оставят в беспомощном положении, показывать и объяснять, где в отделении находится туалет, столовая и др.

Пожилые люди нуждаются в поощрении своих действий. Желательно чаще подтверждать правильность их действий и поощрять успехи. «Вы сегодня увереннее двигаетесь с тростью!», «Как Вы хорошо сегодня сели на кровати!», «Вам эта кофта очень к лицу!» и т.д.

Расспросы пожилых людей об их прошлом очень благотворно действуют на них. Попросите рассказать пожилого человека о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Очень хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека. Однако пожилые люди должны чувствовать Вашу действительную заинтересованность в рассказываемых событиях, Ваше желание пережить то, что когда-то он пережил и перечувствовал. Если он не поверит Вашей заинтересованности, то, скорее всего, замкнется в себе, и Вы надолго потеряете его доверие.

Пожилые люди охотно играют в игры, в том числе простые, в какие мы все играли в детстве: мозаики, лото, домино, пазлы. Если им организовать рабочее место, они охотно шьют, плетут, вяжут, вырезают, рисуют и т. д. Очень любят играть вместе, друг с другом, общаться с животными, собирать цветы, плести венки.

Большое оживление в жизнь пожилых людей, особенно тех, кто много времени вынужден проводить в постели или кресле, вносят прогулки на кресле-каталке, пешие — с помощью ходунков или в сопровождении попутчика — по коридорам больницы или дома-интерната, а лучше по улице, во дворе или в саду.

Литература

1. Комли М. Учиться слушать. Азбука общения для работающих с пожилыми людьми. М., 1999.
2. Корюхин Э.В. Уход за престарелыми на дому. Пособие для патронажных работников. М., 1999.
3. Основы ухода в домашних условиях. Учебное пособие. Российское общество Красного Креста. М., 1997.
4. Психологические особенности пожилого человека. В помощь социальному работнику. М., 1998.
5. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. Под ред. Л.И.Дворецкого, Л.Б.Лазебника. М., 2000.
6. Старость. Популярный справочник. Перевод с польского. М., 1996.
7. Шахматов Н.Ф. Психическое старение.

Духовные проблемы пожилых людей

Священник Роман Бацман

Введение

В Священном Писании есть слова о том, что *«честная старость не в долговечности и не числом лет измеряется, а мудрость есть седина для людей, и беспорочная жизнь — возраст старости»* (Прем. 4:8,9). Такая «старость» и по достижении соответствующего числа лет и с появлением седины будет также честной, т.е. почитаемой, уважаемой, будет являться примером для всех. Но так, к сожалению, бывает далеко не всегда.

Старость — это не просто очередной или последний этап в земной жизни человека. Это, прежде всего некий результат, итог прожитых лет. И все прекрасно знают, что этот результат бывает разным. Итогом прожитых лет может быть, в своих крайних проявлениях, — слабоумие или мудрость. Два образа старости: бессмысленный, может быть злобный, или мудрый, светлый, любящий.

Многое зависит от того, как человек жил, какие проблемы он решал, и как он их решал. Как говорят французы: *«Каждый стареет так, как он жил»*.

Вопрос о смысле жизни

Сейчас не только благодаря научному прогрессу, но и в связи со «старением» общества, стали больше заниматься проблемами пожилых людей. Решаются медицинские проблемы, психологи-

ческие, юридические. Принимаются законы о социальном обслуживании, о пенсиях. Разрабатывается правовая защита пенсионеров. Много можно сделать в этих направлениях. Общество может освободить пожилого человека от его гражданских обязанностей, но оно не может освободить человека от обязанностей по отношению к самому себе. Речь идет о самой главной обязанности человека — решении вопроса о смысле жизни и осуществлении его на практике. Важно не только понять свое предназначение, но еще исполнить его.

Такая задача стоит, безусловно, перед всеми людьми, а не только перед пожилыми. Просто с течением времени нарастает острота вопроса о смысле жизни, т.к. времени и сил, отведенных для его решения и осуществления, с течением жизни остается все меньше. Хотя для некоторых людей острота этого вопроса с течением времени может наоборот снижаться, т.к. они все сделали для того, чтобы заглушить голос совести, который ставит перед каждым человеком вопрос о смысле жизни. Или они постарались себя обмануть, говоря, что — «смысл жизни в семье, в работе», тем самым утверждая, что частные, временные смыслы, такие, как семья, наука, служение людям являются универсальными и вечными. В этом случае, с прекращением деятельности в тех областях, с которыми связывался смысл жизни, приходит понимание бессмысленности дальнейшего существования; это может привести к депрессии.

Психология и философия могут решить эту проблему, подыскав какие-то новые занятия для людей или заменители разрушенным мировоззрениям, с которыми связывался смысл жизни, но это лишь на некоторое время.

Кто-то, недолго думая, скажет: «смысл жизни в самой жизни», тогда как та же философия говорит нам о том, что смысл любой вещи и любого явления трансцендентен по отношению к этой вещи или явлению, т.е. находится за их пределами. Так смысл любого инструмента не в нем самом, а в том для чего он применяется, и что из этого получается. Смысл любого поступка человека, в том, что произошло после этого поступка, за пределами промежутка времени, в котором совершен тот или иной поступок. Так и смысл жизни человека находится за ее пределами, там, куда эта жизнь устремлена. Если она устремлена к вечности, то и смысл у нее вечный, а если к временному, земному, то и смысл такой жизни временный, т.е. наступает такой момент, когда смысл жизни исчезает, несмотря на то, что жизнь вроде бы продолжается.

От успешности решения вопроса о смысле жизни, и еще более от успешности осуществления истинного смысла жизни, зависит и успешность решения многих психологических и духовных проблем на протяжении всей жизни человека.

Вопрос о вере

Духовные проблемы в любом возрасте есть как у людей верующих, так и у неверующих. Только для неверующих многие духовные проблемы неочевидны, и потому не могут быть разрешены, а душевные проблемы, так называемые психологические, не все могут быть решены по причине их связи с духовными. В решении проблемы нельзя человеку помогать частично, не доведя дела до конца или до какого-то момента, после которого человек сможет дальше справиться сам. Иначе последнее будет хуже первого. Так частично помогал известный литературный герой Дон Кихот. Тем, кого защищал Дон Кихот становилось еще хуже, когда защитник удалялся. А в случае с освобождением каторжников, (когда освобожденные побили камнями своего освободителя) причиной печальной развязки явилась непоследовательность героя: произнеся красноречивую тираду в защиту свободы человеческой воли, он тут же пытается навязать освобожденным свою, отправив их на поклон к Дульсинее Тобосской. В Евангелии от Матфея рассказывается, как из одного человека вышел бес (может быть по причине такого частичного исцеления), а потом не находя себе места решил вернуться обратно и, увидев дом, откуда вышел, незанятым, выметенным и убраным, взял с собою семь других духов, злейших себя, вошел в человека, что оказалось худшим, чем было (Мф. 12:43—45). Многие рекомендации современной психологии для больных и людей, имеющих различные проблемы, похожи как раз на этот случай. У человека депрессия, включили ему телевизор, депрессия вроде прошла, а то, что через экран телевизора в пожилого человека (который во многом становится, как ребенок беззащитным) может войти не семь, а семьдесят семь духов — никого не волнует. Т.е. нельзя человека, больного телом и душой лечить только обезболивающими лекарствами, от этого он может стать наркоманом. Нельзя останавливаться на таком решении проблем. От решения психофизиологических проблем нужно переходить к решению духовных проблем. Иначе будет похоже на вспаханный, но ничем не

засеянный огород. Можно даже порадоваться, какая красивая черная земля, как хорошо ее вспахали, может быть даже сорняки убрали. Проблему с некрасивой землей решили, а зачем и что делать дальше не знают.

Рассказывая человеку о том, что жизнь может не иметь смысла, необходимо не просто объяснить, в чем смысл жизни, — необходимо показать этот смысл. Один человек рассказывал, что он долго искал Истину, размышлял о вечности, но окончательно утвердился в Православии после того, как встретился взглядом с пожилой женщиной, возвращавшейся с церковной службы. “Сколько простоты, скромности, благородства было в ее внешности, походке. А в глазах было столько доброты!” — вспоминал он.

Серьезный поиск смысла жизни никогда не минует вопроса о вере в Бога. Чем отличается человек верующий от неверующего? Не тем, что один лучше, а другой хуже. Отличие в том, что верующие видят свои недостатки и проблемы и борются с ними, т.к. у них есть точка отсчета, эталон и Помощник, они проверяют свою жизнь и сравнивают ее с жизнью Иисуса Христа, с Его заповедями. Неверующий может быть очень хорошим человеком, но, во-первых, это состояние неустойчивое, а во-вторых, не имея истинного Идеала, он не может стать лучше, чем он есть.

Три типа людей

Для практической помощи пожилым в решении духовных проблем (по большому счету большинство проблем являются духовными или связаны с ними) кроме знания психологических типов, необходимо еще знать какие существуют экзистенциальные типы людей. Согласно святоотеческим творениям различаются три таких типа: плотский, душевный и духовный человек.

«Плотский» человек ставит выше всего в своей жизни влечение своей плоти. Телесные потребности и влечения, превращаясь из средства в самоцель, получают неизбежно преувеличенный, неестественный характер. Такие неестественные влечения, овладевающие человеком и порабащующие его душу, в святоотеческих творениях носят название «страстей». Страсти, если они не встречают борьбы и противодействия со стороны разума и высших духовных сил человека, утверждаются в нем, приводят его к потере внутренней свободы, к утрате способности «владеть собой». Порабощенный страстями человек не может иметь в пол-

ной мере и осмысленной жизни. Апостол Павел указывает на следствия господства слепых страстей: *«Дела плоти известны; они суть: прелюбодеяние, блуд, нечистота, ... , идолослужение, ... , вражда, ссоры, зависть, гнев, распри, ... , ненависть, убийства, пьянство, бесчинство и тому подобное»* (Гал. 5:19—21). *«вы еще плотские, — говорит он, обращаясь к коринфянам.— Ибо если между вами зависть, споры и разногласия, то не плотские ли вы?»* (1 Кор. 3:3). Эта характеристика «плотского» человека не означает какого-либо осуждения тела и его естественных потребностей. В своем естественном назначении тело безгрешно. *«Не знаете ли, что тела ваши суть храм ... Святого Духа, Которого имеете вы от Бога, и вы не свои? Ибо вы куплены дорогою ценою. Посему прославляйте Бога и в телах ваших и в душах ваших, которые суть Божии»* (1 Кор. 6:19,20). Греховным является искажение этого назначения, отрыв тела от направляющего его духа. «Плотский» человек извращает не только духовную, но и телесную природу. Прп. Антоний Великий говорит: *«Движения тела, естественные ему, ничего не производят греховного без согласия души»*.

“Душевный” человек не находится в порабощении страстями; его поступки управляются рассудком и волей. Но в нем преобладающей является та сторона души, которая направлена на устройство его положения во внешнем мире, которая живет временными интересами каждого дня. “Душевный” человек ставит себе цели, направленные к достижению временных благ, но не сознает вневременного смысла всей своей жизни и той высшей цели, которой он должен служить. Он живет на поверхности жизни и не проникает в ее глубину, чувствует и сознает лишь поверхность явлений и обо всем судит поверхностно, кругозор его ограничен: он живет интересами места и времени и обо всем судит с этой точки зрения. В этом смысле к “душевности” нужно отнести то, что называется “мещанством”, “обывательщиной”. Такой человек может соблюдать правила общежития и обычной житейской морали, может иметь добрые расположения и чувства, может быть “хорошим человеком” в обывательском смысле, но он не может дать осмысленного направления своей жизни и принести настоящие плоды добра. Добро для него не путь жизни, а проявление отдельных настроений, и большей частью делается постольку, поскольку “хорошие” дела не сталкиваются серьезно с житейскими интересами. Эти “хорошие” настроения у “душевного” человека, не имея твердой основы, неустойчивы и непостоянны,

в особенности в трудные моменты испытаний. В такие периоды “мещанин”, “обыватель” (по существу душевный человек) постоянно шатается, “плывет по течению”, в какую бы сторону оно не влекло. *«Душевный человек, — говорит Апостол Павел, — не принимает того, что от Духа Божия, потому что он почитает это безумием; и не может разуместь, потому, что о сем надобно судить духовно. Но духовный судит о всем...»* (1 Кор. 2, 14—15).

Цельным и подлинным человеком, воплощающим свое назначение и осуществляющим смысл своей жизни, является, по христианским понятиям, лишь “духовный” человек, в котором духовная сторона его природы (образ Божий) направляет всю его жизнь и руководит другими сторонами его природы (душевной и телесной).

В чистом виде каждый из этих типов не встречается в действительности. О “плотском”, “душевном” и “духовном” человеке говорят лишь по преобладанию в нем той или другой стороны (и в “плотском” человеке действуют и душевные силы и иногда сохраняются проблески духовных начал; в “душевном” человеке также проявляются, в известной мере, следы его духовной природы).

В нормальном человеке духовная сторона его является направляющей, но не исключает и других сторон, а только “одухотворяет” их. Если высшее в человеке — дух или “образ Божий”, то смысл и назначение человека, прежде всего в развитии и совершенствовании духа до Богоподобия. “Будьте совершенны, как Отец ваш небесный”. Это уподобление Богу должно проявляться и в уподоблении Его промыслительной деятельности о мире и Божией любви к творению. Человек призван сознательно осуществлять волю Божию в мире, содействовать осуществлению “Царства Божия” в жизни человеческой.

Преобладание в человеке одного из этих трех типов людей в пожилом возрасте определяется, как мы уже говорили, духовным путем человека, а не его биологическим возрастом. Пожилой возраст, как и всякий другой, имеет свои положительные и отрицательные стороны. С течением времени положительные и отрицательные стороны могут усиливаться или ослабляться. Изменение характера, свойственное нормальному старению, можно рассматривать как происходящее за счет продолжения и усиления черт, присущих людям в более молодом возрасте, вместе с изменениями, приносимыми самим процессом старения. Поэтому многие замечают, что к старости, «хорошие» люди становятся луч-

ше, а «плохие» хуже. Например, люди с тревожно-мнительными чертами становятся еще более мнительными, тревожными и подозрительными, у расчетливых развивается мелочность и скупость, доходящая до страха быть обворованными. Принципиальность и твердость установок часто преобразуется в непримиримость к взглядам окружающих, порождают «войну поколений» и т. д.

У других пожилых людей можно наблюдать умиротворенность, отход от мелочных интересов жизни к осмыслению главных ценностей, большой интерес к религиозным вопросам, адекватную переоценку своих возможностей, сглаживание противоречивых черт характера.

Общество, в котором мы живем, постоянно меняется, и с каждым столетием, а теперь уже и с десятилетием, эти изменения все ускоряются. Это приводит к появлению новых проблем в жизни пожилых. Вот только некоторые из них: одиночество физическое, одиночество в семье, разрыв поколений, праздная старость.

Одиночество

Один из самых сильных страхов, связанных со старостью, — страх одиночества. Многие священники из своего опыта окормления престарелых знают, что человек, который делает в жизни добро, никогда не оказывается забытым у Бога. Господь не оставляет его и помогает ему — Сам или через людей.

А если человек остался один, — говорит протоиерей Дмитрий Смирнов, — возможно, есть и его вина в том, что он растерял родственников и знакомых. В противном случае полная “брошенность” совершенно исключена, кроме каких-то отдельных, особых случаев, когда Господь хочет, чтобы “алмаз” — сердце этого человека, получил последние грани дополнительного страдания. Но это удел единиц — немногие способны пережить такую оставленность.

Известно, что страшны не события, а отношение человека к ним, нежелание и неумение переносить испытания, скорби, разные невзгоды. Как говорится: “Если мы не можем изменить обстоятельства, изменим свое отношение к ним”.

Понять и преодолеть страх и мучительность одиночества — так, чтобы оно стало в жизни человека созидющим фактором, — легче религиозному сознанию, которое знает, что не бывает ничего случайного, но все устраивается Промыслом Божиим для

спасения нас и наших близких. Верующий человек очень хорошо чувствует, что он не один, но с Богом. Тот, кто не верит в Бога, ориентирован на себя. На свои силы, свои занятия, свои возможности. Он надеется только на себя, верит только себе, советуется только с собой, ищет поддержки в себе. Человек религиозный надеется на Бога, просит помощи у Господа, проверяет себя Божиими заповедями. Он постоянно в общении с Господом, постоянно помнит о Нем. Какое тут одиночество? Верующий человек знает заповедь: *“возлюби ближнего твоего, как самого себя”* (Мф. 22:39). Эта заповедь призывает нас к общению, а иначе как мы можем любить ближнего, не видя его, не слыша о нем, не думая о нем, не проявляя своей любви в делах?

От безрелигиозного одиночества не уйдешь даже в шумной компании. Религиозный человек, в действительности, не один, даже если он находится один. Необходимо только, чтобы теоретическое понимание этого перешло в опытное постижение.

Православный человек, оказываясь в какой-либо горестной ситуации, привык обращаться к себе с вопросом: “Чего ждет от меня Господь в этом испытании? Как мне достойно решить задачу, поставленную передо мной?”

Вспомним, что, то же одиночество бывает и желанным. Речь идет о монашестве. Монах буквально означает «одинокий». Он одинокий в своем предстоянии Богу. Но поскольку монах отдает всего себя Богу — и всю свою жизнь, и душу, и сердце, он достигает такого единения с Богом, которое невозможно достичь между людьми. Вступивший на этот путь должен подражать жизни ангельской: жить в непрестанной молитве, в любви ко всем людям и тем самым достигать единства со всеми людьми. В противоположность тем, кто, находясь среди людей, может быть внутренне одинок — монах, будучи один, внутренне со всеми людьми.

Желание постоянно быть с Богом, желание сосредоточенной, ничем не рассеиваемой молитвы — беседы с Господом, стремление посредством молитвы и размышления познать Его и освятить себя подвигало некоторых христиан выбирать одинокую жизнь и даже искать уединения в удалении от общества еще на заре христианства. Наверное, каждый замечал, как молитва ищет одиночества. Любой из нас желает хотя бы на некоторое время остаться один на один с Господом. Даже в семье, которую мы называем малой церковью, совместная семейная молитва не

исчерпывает нашего молитвенного стремления. Ведь соединенные в одну плоть, мы все же остаемся отдельными духовными единицами, не теряем своих особенностей, личных качеств.

«Ты же, когда молишься, войди в комнату твою и, затворив дверь твою, помолись Отцу твоему, Который втайне» (Мф. 6:6), — сказал Спаситель. Любое действие, требующее участия всего человека, всего сердца его, всей души и всего разума, требует и одиночества.

Как мы уже говорили, земное человеческое одиночество бывает разным, и вызвано оно также разными причинами. Его переживают все люди, каждый человек в свое время. В нашем падшем мире оно неизбежно, хотя бы потому, что мы облечены в плоть, закрывающую от нас, как занавес, духовный мир и делающую нас «непрозрачными» для окружающих людей, отчего наш внутренний человек остается непостижим для других, что естественно ведет к поверхностному о нас суждению и часто непониманию. Да и мы-то себя плохо понимаем, не видим своей подлинной сути, истинного состояния своей души. Можно сказать, что человек пребывает в теле, как отшельник в затворе. И если мы задумаемся, то увидим, что в нынешней жизни одиночество присуще нам гораздо глубже, чем мы обычно считаем, оно наш неизменный спутник с момента рождения.

«Одиноким приходит человек в эту жизнь с первым вырвавшимся криком страдания, требующим глотка воздуха; одиноким покидает он этот мир с последним вздохом, стараясь произнести слово. Того, что он за всю свою жизнь в своей обособленности ощущает, воспринимает, чувствует, чего жаждет, о чем думает — никто не сможет пережить так, как он; все, что он в своем одиночестве избирает, решает, исполняет, жертвенно осуществляет, переживает и выносит в бессоннице, в болезни, в заботах, в неудаче, в отчаянии — знает он один. Всякое значительное событие в жизни, от первой любви до смерти своих родителей, всякое важное решение, всякая возлагаемая на него ответственность, всякая великая боль и скорбь — дают ему ощутить свое одиночество. Лишь очень немногим пришлось пережить предельное одиночество в величайшей нужде — в бушующем море, в безмолвных горах, в тюремной камере, — чтобы постичь свое душевное и духовное одиночество» [2].

Но что же делать со своим одиночеством, когда оно нас настигло — а точнее сказать: открылось нам, — нередко внезапно?

Прежде всего — не надо его бояться. Это пожизненное одиночество — данность нашей земной жизни — тяжелое бремя, но оно одновременно и великое благо. Для того, чтобы оно стало позитивным фактором в духовном становлении, нужно «принять его, подружиться с ним и духовно преодолеть его; оно ведь останется с тобою до конца дней твоих, но твой характер обретет благодаря ему силу, достоинство и доброту» [1]. Не стоит пытаться убежать от него через постоянное времяпрепровождение в различных компаниях, многочасовое «общение» с телевизором; а об «утешении с бутылкой» мы даже не говорим. Надо понять, что это — урок, который задал нам Господь, и его надо проходить.

Преодолевать одиночество, его внутреннюю тяготу нужно стремлением души к Богу. Человек «преодолеывает свои страдания — в том числе и страдание от одиночества — только тогда, когда приходит к вечному свету. Бог — источник этого вечного света. К Богу должен поднимать человек свое око. Поэтому мы должны не бежать от страданий, а принимать их как зов, как требование, как обещание — как открытую дверь в Царствие Божие». *«Ибо вот, Царствие Божие внутри вас есть»* (Лк. 17:21). И хотя этот путь крут и эта дверь узка, они безошибочно ведут к просветлению и избавлению. Именно поэтому сказано: *«Блаженны плачущие, ибо они утешатся»* (Мф. 5:4). Через страдание и утешение приходит человек к Богу. Ибо в страданиях очищается человеческое сердце» [2]. Что же стоит за этими словами? Опять-таки, опытное постижение христианства.

Вот пример, который приводит владыка Антоний Сурожский: «Несколько лет назад женщина, которую поразила неисцельная болезнь, написала мне: «Я так благодарна Богу за эту болезнь! По мере того, как мое тело слабеет, мне кажется, что оно становится все доступнее воздействию Божию». Я ей ответил: «Благодарите Бога за то, что Он Вам дает, но не надейтесь, что такое состояние будет продолжительно; придет момент, когда это естественное истощение перестанет вести Вас ко все большей прозрачности; тогда Вам придется полагаться только на милость Божию». Через некоторое время она мне снова написала: «Да, Вы были правы; я теперь так слаба, что не могу собрать сил, чтобы устремляться к Богу или даже тосковать по нему, и Бога словно нет». И она добавила: «Молите Бога, чтобы он дал мне мужество никогда не пытаться построить Его мнимое присутствие, чтобы заполнить ужасающую пустоту Его отсутствия».

Я ей тогда ответил, чтобы она попробовала и по-другому: научиться смирению в подлинном, глубоком смысле этого слова.

На латинском языке *humilitas*, «смирение», происходит от слова *humus* — «плодородная земля»; и вот, смирение не заключается в том, чтобы, как мы это постоянно делаем, «прибедняться», и думать и говорить о себе плохое, и убеждать других, будто наши ходульные манеры и есть смирение. Смирение — это состояние плодородной земли; земля всегда у нас под ногами, она самоочевидна, она забыта; по ней мы ходим — и никогда ее не вспомним; она открыта всему, в нее мы кидаем отбросы, все, что нам не нужно. Она безмолвна и все принимает, — и самый навоз, и отбросы она принимает творчески и обращает их в живое и животворное богатство. Она самое разложение претворяет в новую силу жизни; открытая дождю, открытая всякому семени, она приносит плод.

И я посоветовал этой женщине: «Учись быть такой же перед Богом: не сопротивляющейся, готовой принять и от людей и от Бога, чтобы они ни дали». И на самом деле ей пришлось много претерпеть от людей. После шести месяцев ее болезни муж устал от того, что у него умирающая жена, и бросил ее: она с избытком познала отвержение, но и Бог осиял ее Своим светом и послал освежающий дождь. Немного позже она написала: «Я совсем истощена. У меня нет сил устремляться к Богу, но теперь Бог Сам сходит ко мне»...» [1]

И. А. Ильин писал: «В одиночестве человек находит самого себя, силу своего характера и святой источник жизни. А сколько людей на свете, которые только бессонными ночами впервые почувствовали и осознали свое душевное и духовное одиночество, только из-за этого, по-видимому, столь безутешного одиночества воззвали к *Богу на небесах* и нашли Его! Там, где жизнь кажется совершенно безутешною, сразу же появляется утешение. Там, где, казалось бы, гибнешь в своем одиночестве, легче всего находишь дорогу к Богу. А это ведь, несомненно, благороднейшее утешение и ценнейший дар «Господь в небесах поможет мне тем вернее, чем преданнее Ему буду я»» [1].

Но для этого надо понять и всей глубиной своего существа почувствовать, что ближе нашего Создателя у нас никого на самом деле нет. Нас могут оставить муж или жена, родители и дети, близкие и друзья, но Господь никогда не оставит. Это мы Его бросаем — пусть и неосознанно, а Он с нами в каждый момент жизни, в самой смерти и после, — рядом с нами может быть

только Он. Также Он видит и понимает всю нашу скорбь — лучше, чем кто бы то ни было из людей. И вот почему так важно понять, что мы не одиноки. К сожалению, часто понимание приходит слишком поздно и тогда человек становится беспомощным и потерянным, ему приходится много перестрадать, прежде чем он сумеет нащупать верный путь. Когда человек не Бога ставит в центр всего, что делает, он мечется из стороны в сторону и не находит себе покоя ни в чем и никогда.

Невыстребованность, «ненужность» острее всего переживают женщины. Многие боятся осени своей жизни. Увядает внешняя красота, уходят в свои семьи дети, смерть уносит близких людей. И если в зрелые годы еще есть надежда начать что-то заново, то в старости это практически невозможно. Это пугает и заставляет страдать. Такой страх должен подвигнуть к переосмыслению жизненных ориентиров, и если суэта и благополучие минувших лет не давали задуматься о самом главном, то хотя бы сейчас надо обратиться к Богу.

Конечно, хорошо тому, кто от юности заботился придти к преклонным годам с опытом веры, опытом усвоения Христу. Но кто не смог так настроить душу в свое время, то нужно делать это тогда, когда пришло такое осознание. Нельзя отговариваться: «Я уже старая, уже поздно». Пока живем — не поздно, и, наверное, мы приобрели не весь опыт, который должны были обрести, даже, может, не научились самому важному. Ведь в вечности мы, прежде всего, будем с Богом. Но и земные годы надо еще как-то прожить. Их возможно наполнить не только воспоминаниями о минувшем или сетованием на свое одиночество, но и, главным образом, сильным служением Богу и ближним или же, если уже нет физических сил, то покаянием и терпением своей немощи без ропота.

В книге «Отец Арсений» [3] рассказывается о женщине, оставшейся одной после смерти мужа; дочь жила в своей семье. Эта женщина не была особенно религиозной, с мужем они ходили в церковь по большим праздникам и причащались раз в год. Их семейная жизнь была хорошей благодаря матери супруга — глубоко верующей женщине, на которой держался весь духовный строй семьи. Но вот она умерла, через два года после тяжелой болезни скончался муж. А. В. рассказывала: «Состояние покинутости, полного одиночества, квартира, не наполненная жизнью, почти сломили меня. На работе, и то не всегда, оживала, но домой шла угнетенной, подавленной. Пытаясь снять свое состояние, стала чаще ходить в гости, звать к себе, смотреть телевизор,

читать и посещать церковь вечером в субботу и утром в воскресенье. Начала дома вечерами молиться, но чувство подавленности и одиночества не уходило».

Через свою знакомую она попросила встречи с о. Арсением, надеясь, что он одним словом и молитвой ей сразу поможет. — Заметим попутно, что такой подход среди невоцерковленных или малоцерковных людей к молитве, Таинствам можно встретить очень часто: он обнаруживает в отношении к вере и духовному миру обрядово-магический уровень, духовную «детскость» человека. Совершил некоторое действие, «заказал» молитву — и должно «сработать». И, как правило, не думается, что причина наших скорбей нередко кроется в состоянии нашей души, нашей неправедной жизни, и даже нет намерения или желания стараться жить по-Божьему. Мы часто хотим, чтобы изменились тяжелые обстоятельства, другие люди — но не мы сами, сами же хотим оставаться с прежними — оскверненными, одичавшими — душами, потому что для людей вообще свойственно всячески убежать от суда своей совести, от работы над своим сердцем.

Женщине, о которой мы рассказываем, о. Арсений так указал причину ее тяжелого духовного состояния, побуждая задуматься о себе: «Вы чувствуете себя одинокой, постоянно в тоске, но напрасно. Это надуманное обостренное состояние — не результат одиночества, а действие бездуховного образа жизни. Вы жили с мужем Михаилом, опирались на него, рядом была дочь, требовавшая забот и внимания, и удивительно христианский по душе человек — мать мужа Екатерина Федоровна, которая своей любовью, молитвой к Богу и добротой объединяла всех воедино. Это сейчас ушло от Вас, Вы не можете найти место в жизни».

О. Арсений открыл ей «секрет» долготерпения свекрови, ее постоянной помощи окружающим: нужно наполнить евангельским смыслом свою жизнь, и пока есть силы — надо служить другим тем даром, который дан каждому. «Отвечу за нее: Господь давал силы на все за великую любовь к людям и твердую постоянную молитву к Вседержителю. Повторите ее путь, и отойдут тогда все душевные невзгоды».

Наши предки не представляли себе жизнь бездеятельной. *«В поте лица твоего будешь есть хлеб, доколе не возвратишься в Землю», то есть до самой смерти».*

В прежнее время в благочестивых семьях пожилые люди, исполнив свой родительский и семейный долг, передав хозяйство

молодому поколению, нередко уходили в монастырь. В семьях с достатком освободившиеся от забот старики брали на воспитание сиротку или ребенка у малообеспеченных родственников. Принимали у себя нищих и странников. Брали на себя заботу о других людях, еще более старых. «Дохаживали» убогих и калек. То есть и в пожилом возрасте старались жить для других, а не для себя. Господь давал таким людям здоровье и крепость. Раз человек для других живет, почему же ему здоровье не дать.

Священник Сергей Николаев рассказывает, как распорядилась своими последними годами одна его знакомая старушка. Оставила она работу, когда ей было уже около семидесяти. И стала проситься у детей в дом престарелых. Дети у нее все хорошие. Растерялись они. Что же это, мама, места, что ли, они для нее пожалеют или еды? Зачем такой позор: мать в дом престарелых? Но старушка стояла на своем. Устроили ее в интернат. И совсем не потому она ушла туда, что боялась стать обузой для любимых детей. Искренняя христианка, она боялась бездействия, праздности. Уж и послужила она ближнему напоследок! И уборщицей, и санитаркой, и сиделкой была у себя в интернате. «Присядет на полчаса на диванчик в коридоре и опять спешит куда-то. Скребет, моет, вытирает, как век не работала!» — рассказывали после ее смерти соседи по интернату. И молитвенница она была изрядная.

Теперь подумаем, взглянув на свое одиночество под новым углом зрения, может быть, оно лишь зов к более активной любви к Богу и ближнему? Хотелось бы напомнить ключевой момент из жизни известного московского старца о. Алексия Мечева, который определил его путь после смерти горячо любимой супруги. Он приехал к о. Иоанну Кронштадтскому «в величайшем горе, пораженный неизлечимой болезнью жены, оставшись с маленькими детьми на руках, в бедном приходе, в развалившемся гнилом доме. Он жаловался на свое горе о. Иоанну и просил указаний, как быть, что делать и чем помочь. О. Иоанн сказал ему: «Ты жалуешься и думаешь, что больше твоего горя нет на свете, так оно тебе тяжело. А ты будь с народом, войди в его горе. Чужое горе возьми на себя и тогда увидишь, что твое горе маленькое, легкое в сравнении с тем горем, и тебе легко станет» [10].

Конечно, в меру о. Алексия может придти не каждый, но оторвать взгляд от своего горя и обратиться к облегчению страданий других, понести чужую тяготу, и через это перерасти свою боль, —

возможно. Тем более что на сопереживание наиболее отзывчиво сердце, испытывавшее скорби и печали. Тогда «человек, видя скорби близких, говорит: «Я помогу им! Братья, я помогу вам — поскольку вы одиноки, а я знаю тягость и нюансы одиночества». Сам находясь в одиночестве, человек находит своего одиноко страдающего брата и помогает ему. И как раз тут — зарождение духовной любви, братства и истинного единения чувств» [1].

Одинокому человеку легче всего себя отдать Богу, легче принадлежать Ему полностью и у него больше возможности помогать другим людям. Он много может сделать ради Христа. Также ему легко прилепиться к Церкви. Человек, не связанный семейными обязанностями или не имеющий в семье какого-то постоянного большого дела, иногда берется помогать в своем приходском храме и обретает в нем и дом, и семью, и спасение. «*Бог одиноких вводит в дом*» (Пс. 67:7). В Божием доме можно найти множество дел, работ и забот: мыть, учить, стирать, считать, рисовать, красить, готовить еду, читать, петь, шить, строить. Здесь любая работа соединена с мыслью о Боге, с молитвой. Всякое дело ради Христа растворяет горечь одиночества.

Уход за больными, милостыня, забота о храме, посещение одиноких и скорбных — все это приближает нас к Господу, значит, и к радости. Но как справляться с находящим на душу острым унынием, тоской? «Если чувство тоски и одиночества охватит душу, пойдите и помолитесь, тогда темные силы исчезнут» — вот краткий и емкий совет, который давал о. Арсений скорбящим.

Горит, как маленькая свечечка, православная душа к Господу, горит, мерцает, освещая лишь малое пространство рядом с собой. И почти никто не знает, не видит, как совершается спасение этой кроткой и смиренной души. Дал человеку Господь крест — неизлечимую болезнь или одиночество (оно ведь тоже почти болезнь), и терпит человек, несет свой крест без ропота. И, конечно, такое сиротство, нищета одиночества привлекает Божие милосердие. «*Призри на меня и помилуй меня, ибо я одинок...*» (Пс 24:16). Терпение своего креста — это один из путей ко спасению.

Взаимоотношения в семье

Семья обеспечивает непрерывность развития человеческого общества. Рождением детей — продолжение человеческого рода.

Воспитание сохраняет и развивает человеческую культуру. Удовлетворение материальных потребностей, экономическая поддержка или обеспечение несовершеннолетних и нетрудоспособных — стимулирует развитие мирового хозяйства. Семья призвана выполнять свое главное предназначение — духовное взаимообогащение членов семьи, передачу духовного опыта, осуществлять связь времен, воспитывая не только граждан Земли, но и граждан для Царства Небесного.

В традиционных обществах труд и организационная структура семьи были взаимосвязаны между собой. Поэтому контакты и связи между возрастными группами были достаточно тесными, и это порождало у них ощущение взаимной зависимости. Тесные контакты и обмен функциями между поколениями в рамках семьи составляли важнейшие условия выживания пожилых людей в таком обществе, где не было иных форм гарантированной социальной поддержки в старости. Это позволяло пожилым участвовать в семейном разделении труда вплоть до глубокой старости, обеспечивало им должный авторитет и личностную автономию.

Сейчас молодые способны материально обеспечить себя сами, а старое поколение получает пенсию. Это способствует относительной материальной независимости поколений друг от друга. В связи с этим уменьшается необходимость кооперации и тем самым разрушается взаимная зависимость, семейная солидарность.

В системе общественных отношений старики, отцы семейства не играют прежней роли, молодое поколение не нуждается в поддержке пожилых, а пожилые и вовсе отходят от семьи, не выполняя роли дедушек и бабушек. Этот процесс иногда называют «взаимоотчуждением» поколений, причина которого — в распаде семьи. Причина распада и отчуждения, конечно, духовная.

Жизнь «Я» стала важнее, чем жизнь «Мы». Эгоизмом руководствуются не только молодые, но и пожилые. Раньше молодые, помогая пожилым, были внутренне сопричастны не только их слабостям и болезням, но также и богатству их опыта и силе чувств. Сейчас многим пожилым людям, прожившим бездуховную жизнь, нечего передать молодым, если они к тому же не воспитали их в вере в Бога.

Вера — это тот фундамент, на котором строится жизнь семьи и всего общества. Особенно в наше время, когда все стремительно развивается, и многие пожилые не успевают за новейшими достижениями в различных областях жизни, им не о чем говорить с

молодыми. Пожилым уже не нужны все эти достижения и новые развлечения, хотя некоторые и стремятся поспевать за молодыми.

Человек, особенно пожилой, может жить в семье и быть одиноким. Это происходит, когда находящиеся рядом люди — чужие ему по духу, по душевному устроению, по жизненной ориентации. Одиночество переживается как невозможность единомыслия с кем-то, кто хотя и рядом, но не понимает нас. Испытывается одиночество как невозможность разделить с кем-то горе и радость. Одиночество может переживаться даже в семье как невос требованность, невозможность приложить свои силы. “Не для кого стараться”, — говорят в таких случаях. Конечно, для семьи такая ситуация очень странная.

Проблема многих современных людей (и пожилых, и молодых) — это неумение строить общение с другими. Даже пришедший к вере человек долгое время сохраняет стереотип прежних отношений с людьми, не видит своих ошибок, не чувствует сердцем своей неправды. Нередко разумом мы что-то понимаем, но большей частью теоретически, не умея новое, христианское знание сопрягать с практической жизнью, отчего ум охотно нас оправдывает, полагая непреодолимым препятствием немощи людей, с которыми у нас не строятся отношения. Отсюда — ссоры, обиды и, как итог, страдание от одиночества: “меня не понимают”, “я не нужен”, поэтому возникает стремление максимально сузить круг общения, или же начинаем вести себя таким образом, что другие люди стараются нас избегать. Как же тут быть? Опять — надо сделать первый шаг к настоящему христианскому устроению своей души: признаемся себе, что мы неправы в том, что не ладятся у нас отношения с близкими и дальними, что, прежде всего, надо поменять свою установку в обращении с другими людьми. И тогда многое преобразится. Наш мирный дух и терпение умирят и бурю в других душах.

Проблемы общения, неумение строить отношения с другим человеком прежде всего проявляются в семье.

Только вера может объединить людей разных возрастов, разного положения, с разными интересами и увлечениями. Потому что их объединяет Сам Иисус Христос.

В западной литературе по социальной и возрастной психологии уже давно, а с недавних пор и в нашей литературе, приводятся рекомендации, как нужно решать проблемы пожилых. В этих рекомендациях представлена американская модель заведомого

отказа от подлинного межличностного контакта и подмена его формальными поверхностными отношениями. Пожилые люди, воспитанные в безрелигиозном обществе, дорожат уединением и независимостью и поэтому сами предпочитают такие формы проживания, которые считают наиболее полезными для поддержания благоприятных по видимости семейных отношений, определяемых, как «близость на расстоянии», «близость с независимостью», «лучше любить на расстоянии».

Это полностью противоречит христианским принципам, согласно которым люди должны *«носить тяготы друг друга»* и таким образом исполнить закон Христов. (Гал. 6:2).

Зачем носить тяготы других? Для того чтобы стать лучше по настоящему, а не по видимости. Господь специально устроил так, чтобы люди были связаны друг с другом и зависели друг от друга, чтобы они научились служить друг другу, помогать, заботиться и через это научились по настоящему любить, потому что невозможно любить без служения.

Служение должно быть взаимным и добровольным. Служить могут все, даже лежащие больные. Просто формы служения очень разные. Есть служение видимое, когда кто-то ухаживает за больным или когда занимается с внуками, а есть невидимое, когда человек молится, старается не сердиться, не раздражаться, не надоедать, когда он всем доволен, и даже в болезни старается никого не обременять. Такое невидимое служение людям и Богу еще более ценно в очах Божиих, так как сам Господь говорит, что добрые дела нужно делать в тайне.

Праздность духа и, связанные с нею, духовные проблемы

Сегодня в храмах пожилых людей стало в процентном отношении много меньше. Хорошо, что в церковь пришли молодые. Но жалко, что не все пожилые люди, считающие себя верующими, а таких подавляющее большинство, ходят в храм. Где же они? Чем заняты их мысли и сердце?

Как часто, прожив честную трудовую жизнь, но, не приобретя навыка молитвы, поста, исповеди, церковной жизни, люди лишают себя последнего праздника и будущей награды. Больше укоряют молодежь, праздно проводящую жизнь. Но на самом деле

праздно живущие старики — явление еще более печальное. Имеется в виду даже не праздность дел — дела можно какие-то найти, — а праздность стремлений и упований, праздность духа. Длительные, бесполезные беседы, сидение у телевизора. А ведь пора думать о «вечном». «Покой и праздность — гибель душе, и сильнее демонов могут они вредить», говорит прп. Исаак Сирий. Праздность порождает пересуды и сплетни, любовь к ненужным новостям, злоязычие, зависть. Праздность может стать отправной точкой любого греха. «Кто в праздности живет, тот непрестанно грешит», — писал святитель Тихон Задонский. «Да уж какие тут грехи на склоне лет? — отмахнется кто-то. А грехи все те же, что в прежние годы — гордость, гнев, сребролюбие Апостол Павел в I веке н. э. писал о праздных женщинах: *«Притом же они, будучи праздны, приучаются ходить по домам и бывают не только праздны, но и болтливы, любопытны, и говорят, чего не должно»*. (Тим. 5:13). Теперь не нужно ходить по домам. Болтливость нашла посредника в телефоне, а праздное любопытство легко удовлетворить, включив телевизор. Как приятно в покое часами следить за чужим домом, чужой жизнью, чужими грехами. А что потом? Потом возникает желание роскошной жизни, богатства, мести, чувственной любви, возникает уныние от невозможности жить так же. Одна женщина, только что вышедшая на пенсию, рассказывала: «включила я как-то телевизор, а там показывают про «это», а я оторваться не могу, и так мне жалко стало, что у нас с мужем «это» не так было, как здесь показано». С такой жалостью и вожделением человек может перейти в вечную жизнь. Хорошее приобретение! Особенно на исходе лет. Неразумно и самонадеянно считать себя защищенным от влияния нескромных зрелищ многолетним навыком нравственной жизни. «Скажи мне, что ты смотришь (или читаешь), и я скажу тебе, кто ты». Подобный ищет подобного. В том, что мы читаем и смотрим, мы ищем олицетворения желаемого. Незаметно мы отождествляем себя с героем или героиней, примеряем к себе разыгрываемую ситуацию. Стоит ли в пожилом возрасте возвращаться в мир любовных и страстных переживаний, да еще обязательно греховных?

В Библии, в Книге наставлений Иисуса, сына Сирахова, написано: *«...три рода людей возненавидела душа моя, и очень отвратительна для меня жизнь их: лживого богача, надменного нищего и старика-прелюбодея, ослабевающего в рассудке»* (Сир. 25:3,4).

«В прежние годы праздный человек занимал себя игрой в карты, в недавнем прошлом стучали во дворах в домино, проводили время за сплетнями и слухами. Но где-то в сознании жило ощущение пустоты и греховности этих занятий.

Теперь благодаря техническому прогрессу у людей расширились возможности участия в добре и зле. Сто лет назад кого мог осудить любитель справедливости? Соседей, родственников, да двоих троих чиновников местной администрации. А сегодня нам доступна для обсуждения — осуждения жизнь сотен людей. Политики и киноактеры, журналисты и художники, военные и торговцы — все в нашей власти, все ждут нашего справедливого суда. А если мы затрудняемся, то за нас этот суд произнесут наши помощники: режиссеры и ведущие телепрограмм. Нам останется только послушно принять их мнение.

Тщеславный интеллект день за днем распутывает политические хитросплетения, услаждается угадыванием закулисных тайн. Год за годом кто-то добровольно несет бремя домашнего политика.

Можно поучаствовать в викторине-шоу или в каком-нибудь интервью со знаменитостью. Круг телевизионных интересов может быть обширен и ум постоянно занят, но не принесет эта занятость никакого плода, кроме пустой гордости, тщеславия и безвозвратно потерянного времени.

Иному зрителю или зрительнице кажется, что они смотрят свои любимые передачи лишь оттого, что у них нет другого занятия. Но какую досаду и раздражение может встретить любимая внучка-малышка, если попросит починить карандаш во время сеанса. Как наркотик, как любая страсть, телевизор поработает нас. Участие во всех мировых скорбях и принятые к сердцу переживания героев фильмов выхолаживают душу. Телевизор активизирует на время эмоциональную жизнь, но не дает работы душе. А праздность душе гибельна.

Привычка переживать множество придуманных или искаженных авторским мнением судеб, встреченных на экране, дает ложное ощущение опытности, питает самомнение. Приверженность телевизору не расширяет кругозор, а, наоборот, ограничивает его. Так как значительная часть времени проводится не в общении с реальной жизнью, а с ее отражением, часто искаженным» [5].

Депрессия

Большинство теперешних пожилых людей — дети 30-х — 40-х годов. Год за годом, десятилетие за десятилетием в их душах наводили атеистический «порядок». Партия, комсомол прививали им свои ценности.

Переосмыслив жизнь с течением времени, особенно в последние годы, кто-то из них пришел в храм, покаялся, обрел Бога, а иные продолжают быть верными идеалам юности, тратят время и увядающие силы на митингах, клеймят последними словами власть, полны обиды и разочарования. Уныние становится их постоянным состоянием. По человечески их можно понять: жизнь прошла, а справедливость так и не найдена. Должности и заслуги — в прошлом, деньги обесценились в ходе реформ. Душа скорбит, тревожится; ощущение надвигающейся немогущности, страх и горечь реального и воображаемого одиночества лишают ее мира. Бывает, что старики накладывают на себя руки.

Уныние, безрадостность, тоска, увы, так свойственны нашим современникам. Сегодня многие считают, что депрессия — это болезнь цивилизации. В среде ученых не принято говорить о грехе, тогда как причиной многих форм болезненного уныния является именно грех, о чем свидетельствуют святые отцы и весь аскетический опыт Православия.

Депрессия — своего рода сигнал души о ее неблагополучии, бедственном положении. Но это не плач о грехах, а мучение нераскаянной души, которой демоны нашептывают: «Все плохо, надеяться не на что, все равно помирать, так лучше сейчас»

Апостол Павел говорит о двух видах печали человека. *«Печаль ради Бога производит неизменное покаяние ко спасению; а печаль мирская производит смерть»* (2 Кор. 7:10). Есть печаль на пользу и печаль, от которой бывает вред. Печаль на пользу состоит в том, чтобы сокрушаться о своих грехах, о неведении ближнего и о том, чтобы не отпасть от предложенной цели — удостоиться совершенного блаженства. К этому состоянию, правда, может мешаться действие темной силы, наводящей уныние. Но этот дух изгоняется преимущественно молитвой и псалмопением.

Но есть и другой плач и другая печаль. Когда плачут и печалятся о временном. Из-за малой зарплаты или от понесенного убытка. Даже живя в роскоши и богатстве — сокрушаются о тленных

вещах. Не имеют чего-либо или теряют что-то, вот и печалются. Иногда от такой печали иссыхают, заболевают и даже умирают. Мучается, стонет человечество, пытается сделать жизнь беспечальной, но без Бога ничего не может.

Страдает человек от тоски и идет к врачу, который выписывает ему успокаивающие и улучшающие настроение препараты для облегчения страдания, уменьшения душевной боли. Но при этом часто совершенно не лечится больная душа и человек лишь уходит в сторону от страданий, имеющих почти всегда исцеляющий смысл.

Здесь речь идет об экзогенной депрессии, которая развивается в силу различных переживаний, неприятностей, которые наслаиваются на личностно-психологические особенности человека, шкалу его ценностей. При экзогенной форме депрессивных расстройств определяется связь с морально-нравственным состоянием человека. Возможно, конечно, облегчение страдания пациентов медикаментами, беседами, простым человеческим участием, но настоящую пользу можно получить, когда разговор заходит о душе, о вере, о покаянии, как отправных точках к дальнейшему исцелению. С согласия пациента и по его желанию можно оценить симптомы болезни с духовных позиций.

Истинная причина депрессивных расстройств, как правило, заключается в совершаемых человеком грехах. Под влиянием греха живая человеческая душа, не потерявшая совесть, испытывает чувство вины, печаль, мучение и потребность освободиться от греха. Верующий человек идет за помощью в церковь, обращается к духовно опытному человеку. Он испытывает духовную боль и страдание, а иногда несет и физические последствия греха. Профессор Д.Е. Мелехов, который является одним из основателей современной социальной психиатрии, говорит, что смиренные люди психическими болезнями не болеют. Завышенный уровень притязаний человека, не осуществившихся в его жизни, всегда оставляет в его душе чувство неудовлетворенности, печали, горечи, причем он может не понимать причины своего угнетенного состояния.

В случае эндогенной депрессии, которая менее зависит от психологических факторов и обстоятельств, когда депрессивное состояние продолжается больше 2—3-х недель, имеет суточные (утром — хуже, вечером — лучше) и сезонные (весеннее и осеннее ухудшение) колебания, больному необходима медицинская помощь.

Как уже говорилось, уныние и отчаяние могут явиться предвестником страшного греха самоубийства (суицид). Суицид есть добровольное лишение себя жизни. Печальная статистика самоубийств в нашей стране долгое время была закрытой. В начале 1989 года были обнародованы ошеломляющие цифры, за каждой из которых — безысходное отчаяние, утрата смысла жизни. Точка зрения врачей: подавляющее число самоубийц психически здоровы. Суицид — это личностный кризис.

«Суицидальными мыслями и попытками чревато и такое состояние, когда человек выходит из полного отчаяния. Тот, кто пребывал в глубокой депрессии, а потом начинает из нее выкарабкиваться, сталкивается с ужасным напряжением из-за того, что необходимо коренным образом менять свою жизнь. И под этим гнетом он может решить, что проще убить себя, чем прилагать невозможные усилия, пытаясь перестроить свою жизнь. Человек спускается в глубины своей психики и борется со своим безумием, с чувством бессилия и никчемности, со страхом смерти, с потерей уважения к себе вследствие кошмарного открытия, что он ничтожество. Тут он сталкивается с непосильной задачей — переменить свою личность. И решает, что бороться не стоит. И тогда он находит силы разрушать себя» (Карл Витакер). Поэтому открывать человеку страшную правду о его состоянии нужно предельно осторожно, постепенно, с осознанием ответственности за каждое слово, которое в случае «передозировки информации», может оказаться роковым.

Христианское отношение к смерти

Все религии мира согласно считают наш земной образ жизни глубоко ненормальным. Мир болен. Очевиднейшее проявление этой болезни — смертность человека.

Главная задача религии — преодоление смерти. Это та цель, которая отличает религию от любой иной человеческой деятельности. Там, где человек всматривается в то, что с ним будет после смерти и старается найти средство для того, чтобы повлиять на то, что будет, изменить его, выбрать — там есть религиозная мотивация, там накапливается религиозный опыт. Этот опыт есть опыт человеческий.

Происхождение, смысл и значение смерти

Слово и понятие смерть на земле в первый раз явилось в раю из уст Самого Бога, сказавшего нашим прародителям: *«смертию умрете, если вкусите»* (Быт. 2:17). Но Бог смерти не сотворил, а создал человека для нетления (Прем. 2:23). По мысли святых отцов изначально человек не был ни необходимо смертен, ни необходимо бессмертен — все зависело от его свободного выбора. Какая же задача ставится перед первым человеком, и какой выбор ему предоставляется?

В книге Бытия мы читаем, что после сотворения человека *«насадил Господь Бог рай»*, т. е. прекрасный сад на востоке. Именно в этом «саду наслаждений» поселяет Бог первого человека, чтобы он мог *«возделывать его и хранить его»* (Быт. 2:15). Это «возделывание» не означает «труд», как принудительную обязанность, необходимую для выживания, но представляет собой органичное продолжение Божественного творческого акта, раскрытие творческой способности, присущей человеку, как образу Божию. Эта заповедь относилась к умственной и физической деятельности человека. Одновременно Бог дает человеку в пищу плоды всех райских деревьев (Быт. 1:29). Жизнь людей в раю не была идеалистически-«возвышенной». С первых мгновений жизнь человека обусловлена принятием пищи, непосредственным приобщением к материи мира. Человек может существовать лишь в прямой и органичной связи с миром, с его материей. Речь идет не об интеллектуальной связи: человек не просто зритель, наблюдатель, истолкователь мира, но существо, усваивающее и преобразующее материю мира в плоть своего собственного тела. Принятие пищи, обеспечивающей поддержание жизни, не просто создает связь и общение с миром, но также реальную жизненную связь с Богом. Именно Он дарует человеку пищу, все плоды и злаки земные. Каждое вкушение пищи есть дар Божий, благословение Божие.

Таким образом, в раю отношение и общение с Богом реализовывались через вкушение пищи — еды и питья. Именно поэтому заповедь, данная для укрепления воли человека, была связана тоже с пищей, с плодами от древа, с которого нельзя было вкушать. Мы вновь встречаемся с таким пониманием жизни в Евхаристии Церкви, где общение человека с Богом — общение в «Плоти Христовой» — вновь реализуется через принятие пищи. Человек вкушает пищу в виде ее существенных элементов: хлеба

и вина — и это вкушение становится Богочеловеческим: он вкушает Тело и Кровь Христовы. И теперь это общение самое тесное, более чем в раю. Теперь мы имеем возможность непосредственного соединения с Богом, хотя и не можем разговаривать с Ним так, как разговаривал Адам. Человек существует не благодаря пище как таковой, но потому, что благодаря ей, возможно его отношение и общение с Богом. Бог даровал первым людям возможность жизни, возможность бессмертия, дав им материальный мир и пищу, через которые они могли вступить в общение с Ним. По этой же причине Царство Божие часто уподобляется в Новом Завете трапезе, приготовленной Богом: *«да ядите и пиете за трапезою Моею в Царстве Моем»* (Лк. 22:30). Итак, Бог позволяет человеку вкушать от всех деревьев рая, в том числе от дерева жизни (в перспективе), дарующего бессмертие. Однако он запрещает вкушать от дерева «познания добра и зла». Эта заповедь дается, как уже было сказано, для укрепления воли человека, для приобретения устойчивости в том совершенстве, в котором находился первозданный человек. Выполнение этой заповеди, в соединении с первой заповедью — о хранении и возделывании рая, давало возможность также совершенствоваться в любви к Богу и друг к другу.

Бог сказал Адаму: *«в день, в который вкусишь от плода, смертию умрешь»*. Понятие о зле и о смерти было, и Адам не нуждался в опытном познании зла, которое не существует само по себе, а рождается от свободы существа, неправильно пользующегося своей свободой. Бог не обманул, обещав Адаму, что в день, в который он вкусит от дерева «познания добра и зла» — «смертью умрет», хотя телесная смерть наступила для Адама почти тысячу лет спустя, но духовная смерть наступила тут же. В этот день, оторвавшись от Источника Жизни, человек стал смертным.

Смерть первая — духовная с необходимостью приводит к появлению того противоестественного явления, которое обычно и называют смертью — разлучение души и тела. Ограниченные биологические энергии не могут обеспечить человеку вечную жизнь. Закрытость естества человеческого для благодати ввела в действие в его теле естественные физические, химические и биологические законы. Смерть души, как субстанции более тонкой, чем тело, и односоставной, отличается, конечно, от смерти тела, субстанции более грубой и многосоставной. «Тело подобно орудию, а душа занимает место художника. Как художник сам по себе быстро создает мысль произведения, но медленнее исполняет его

посредством инструмента, по неподвижности материала; и быстрота его ума, связанная медленностью орудия, производит умеренное действие, — так и душа задерживается, будучи связана медленностью тела» (Св. Ириней Лионский). И как художник тоскует, когда не может воплотить свой замысел из-за отсутствия средств воплощения, так и душа, лишаясь такой возможности, печалится. Смерть тела проявляется в утере способности двигаться и в распаде. Смерть души проявляется в утере способности давать жизнь телу и владеть им в области высших проявлений.

Что произошло в тот день, когда умерла душа Адама? Смерть души означает то, что с этого момента, а для потомков с момента рождения, человек начинает умирать физически. Смерть души означает повреждение духовной природы человека. Теперь человек не может делать, что хочет, и даже, когда хочет творить доброе. *«Доброе, чего хочу, не делаю, а злое, чего не хочу, делаю»* (Рим. 7:19). Это разлад в душе, разлад в теле, разлад между душой и телом. И поскольку такое состояние для души может быть вечным, оно и названо смертью. Кроме этого произошло повреждение ума, это мы видим сразу. Сначала у Адама ясный ум: когда Бог приводит к нему зверей, он нарекает им имена; он понимает, что значит — хранить и возделывать райский сад. Но сразу же после грехопадения прародители начинают искать, где бы спрятаться от Бога, хотя Адам прекрасно понимал, что скрыться от Бога Всеведущего невозможно. И сейчас видно, насколько трудно познавать что-либо, сколько нужно тратить усилий на те познания, которые легко давались бы в состоянии безгрешности. Ведь коль скоро человеку дано править этим миром, то должно быть и познание этого мира. Произошло расстройство воли, как уже было сказано, оказалось легче делать зло, чем добро. Произошло повреждение сердца. Из него стало исходить зло, утверждение небытия, стремления к смерти. Стремление вечной души к смерти и есть смерть, которая может быть и вечной, если стремление тоже будет вечным, как у демонов.

Состояние удаления от Бога (разрыв души с Богом) является никак не меньшей, и даже гораздо большей трагедией для твари, чем разлучение души от тела, ибо, во-первых, человек удаляется от Истинного и Единственного Источника жизни — Бога, во-вторых, первое с неизбежностью влечет за собой второе, и, наконец, нарушается изначальный замысел Божий о человеке — обожение через него всей твари, а, следовательно, трагедия смерти рас-

пространяется через человека на всю вселенную. Бог изгоняет человека из рая и отдаляет от древа жизни из сострадания, чтобы человек не остался навеки преступником, чтобы обременивший его грех не сделался бессмертным, чтобы зло не стало бесконечным и непоправимым.

Итак, Бог удержал человека в его преступлении, поставив на пути его смерть, чтобы человек, умерев для греха (Рим. 6:2), начал однажды жить для Бога. Грех приводит к смерти и ею же прекращается его действие. Хотя прекратиться он может по-разному: или вообще исчезнет, или запечатлется в бездействии. Итак, смерть, в известном смысле, есть предел греха. Поэтому она может быть названа благом для человека. Изменчивость в человеке, прежде всего, связана с телом и его разрушение обеспечивает утверждение в уже сделанном при жизни выборе — добре или зле. Смерть лишь запечатлевает этот выбор в вечности. Выбирать же душа может, лишь будучи «дееспособной», то есть находясь в теле, и будучи свободной от внешней принудительности, какой могли бы являться постоянные чудеса и внешние доказательства бытия Божия. Но хотя падший человек уже знает, что такое зло и смерть, однако, как и прародитель, попадаетея вновь и вновь на дьявольские уловки представить зло добром, потому что его чувства, разум и воля помрачены первородным грехом — наследственной склонностью человека ко греху. Ибо грех — болезнь воли, которая ошибается, принимая за доброе его призрак. Чтобы исцелить, излечить больную волю человека, Бог использует «горькие лекарства» — страдания и смерть.

Итак, смерть изначально возникает как орудие борьбы с грехом, но «воспользоваться» им человек не может, ибо природа человеческая помрачена. Смерть лишь останавливает грех, но не побеждает его. Для победы над грехом необходимо Божественное всемогущество, но и оно не может проявиться без согласия воли человеческой.

После долгой ветхозаветной подготовки на свет появляется Та, Которая может от лица всего человечества сказать: *«се, раба Господня; да будет Мне по слову твоему»* (Лк. 1:38). В этом заключается особое участие Божией Матери в деле нашего спасения, и причина ее особого почитания. Ибо так Бог оказывается непосредственно включенным в историю человечества с согласия человека (в лице Божией Матери). Теперь оружие борьбы с грехом оказывается в руках Богочеловека Иисуса Христа.

Как же Он воспользовался этим оружием борьбы, да еще так, что это оказало влияние на всех людей? Так как человек поработан диаволу от самого своего рождения в течение всей жизни, Господь проходит через всякий возраст, чтобы на каждом этапе развития человека диавол оказался побежденным; Христос воплотился и родился, освящая зачатие и рождение. И понемногу возрастая, благословил всякий возраст, сделался рабом, приняв образ раба — и нас, рабов, снова возвел в достоинство господ и сделал господами и властителями самого диавола, который прежде был нашим тираном. В Своей земной жизни Господь добровольно идет на страдания. Если после сорокадневного поста сатана искушал Христа удовольствиями, то Крест — это искушение страданием. И Спаситель, преодолевая естественный для человеческой природы инстинкт самосохранения, являет послушание Отцу, которое сообщается обновленной человеческой природе. Так, послушанием в страданиях Второй Адам исцеляет непослушание первого в удовольствии, причем послушанием даже до смерти. Христос проходит через все возможные виды страдания вплоть до Богооставленности, которая является наивысшим страданием человеческой души. Крик Спасителя на кресте *«Боже Мой! Боже Мой! для чего Ты Меня оставил?»* (Мф. 27:46) есть кульминация Его страдания. Но великая тайна этой минуты в том, что Божество Христа ни на мгновение не разлучалось с человечеством — Бог не оставлял Его, хотя Он, как человек, чувствует человеческую Богооставленность. И даже когда тело умершего Христа лежало во гробе, а душа Его сошла в ад, Божество не разлучалось с человечеством: «Во гробе плотски, во аде же с душою, яко Бог, в раи же с разбойником, и на престоле был еси, Христе, со Отцем и Духом, вся исполняяй, Неописанный». Христос одновременно и в аду, и в раю, и на земле, и на небе, и с людьми, и с Отцом и Духом — все наполняет Собою, не будучи «описуем», то есть не ограничен чем-либо.

Таким образом, смерть Христа лишь внешне похожа на обычную человеческую смерть, по сути же своей она прямо противоположна ей. Смерть Господня не есть разлучение с Богом, следовательно внутреннее содержание смерти (разлучение с Богом — смерть первая и основная) уничтожено в природе Второго Адама. Смерть побеждена Христом. Тогда как разлучение души с телом в собственном смысле не есть смерть, оно — только следствие смерти. И если устранена причина, то следствие уже не представляет опасности.

Разлучение души с телом отныне временно. Это следствие смерти оставлено на земле: — во-первых, потому, что существует необходимость наименьшего внешнего свидетельства о деле Христовом для сохранения свободы воли не желающих веровать. Они вольны отрицать не только возможность спасения, но и само бытие Божие; во-вторых, в смерти тела Бог как бы переплавляет сосуд нашего тела подобно тому, как глиняный не получившийся сосуд снова бросают в глину, чтобы он был взят оттуда в первоначальной чистоте; и, в-третьих, потому, что благодаря наличию этого момента разлучения души и тела, душа каждого человека в течение своей жизни готовится, исправляясь и очищаясь, предстать Господу.

Отныне смерть не разлучает душу с Богом, а наоборот дает возможность соединиться. Все люди связаны друг с другом одной человеческой природой. Ею мы связаны с теми, кто сейчас живет, и с теми, кто жил до нас. Она же соединяет нас со всеми людьми, которые придут в мир после нас. В этом ключ к пониманию тайны грехопадения и спасения. *«Как в Адаме все умирают, так во Христе все оживут»* (1 Кор. 15:22); *«как смерть через человека, так через человека и воскресение мертвых»* (1 Кор. 15:21). Наш индивидуализм мешает понять эту природную связь между человеком и всем человечеством, между личностью и всеобщей природой. Каким образом универсальная человеческая природа оказалась, в лице Адама, отрезанной от источника жизни? То, что происходит с первыми людьми, происходит с их естеством и по наследству передается их потомкам. Это понять не трудно. Труднее понять, как во Христе и со Христом эта же самая природа каждого отдельного человека воскресает и животворится? По наследству от Иисуса Христа ничего не передавалось как от Адама, да и как могло, если бы могло, передаваться тем, кто жил до Него? Наследственность от Адама передается помимо сознания. Наследование от Христа требует нашего осознанного участия в Таинствах Церкви, которая есть Тело Иисуса Христа.

Христианское отношение к смерти

Для христианина смерть — великое таинство. Она — рождение человека из земной, временной жизни в вечность. В то же время — «что для человека всего ужаснее? — пишет святой праведный Иоанн Кронштадтский. — Смерть? Да смерть. Всякий из нас не

может без ужаса представить, как ему придется умирать и последний вздох испускать». Истинно христианское отношение к смерти включает в себе элемент страха, неуверенности, именно тех эмоций, которые хочет упразднить наша современная безбожная цивилизация. Однако в христианском отношении к смерти нет ничего от низкого страха, который могут испытывать умирающие без надежды на вечную жизнь, и христианин с умиротворенной совестью приближается к смерти, по Божией милости, спокойно.

Настоящее христианское отношение к смерти основано на осознании критической разницы между жизнью этой и грядущей. Митрополит Московский Макарий (Булгаков) говорит: «Смерть есть предел, которым ограничивается время подвигов для человека и начинается время воздаяния, так, что по смерти невозможно ни покаяние, ни исправление жизни. Эту истину выразил Христос Спаситель своею притчею о богатом и Лазаре, из которой видно, что тот и другой немедленно по смерти получили воздаяние, и богатый, как ни мучился во аде, не мог освободиться от своих страданий» [8].

Однако по отношению к смерти иногда можно наблюдать бесстрашие у тех, кто не верит в Бога. Свяtitель Игнатий Брянчанинов объясняет это тем, что всякий человек, не сознавая того, чувствует бессмертие своей души и поэтому подсознательно не считает смерть реальностью. «Бесстрашие протестантов и неверующих перед лицом смерти — это прямое следствие неосведомленности о том, что их ожидает в будущей жизни и что можно сделать сейчас, чтобы подготовиться к ней. По этой причине истинные опыты или видения загробной жизни потрясают до глубины души и, если человек не вел ревностной христианской жизни, изменяют его жизнь до конца дней» [8].

По маловерию некоторые из христиан бывают заражены взглядом на смерть безбожного мира, который считает смерть величайшим из бедствий и даже надеется, что некогда она, может быть, будет преодолена наукой. Когда молятся в церкви о даровании нам «христианской кончины живота нашего» — молятся о даровании нам возможности подготовки к смерти, покаяния перед ней и причащении Святых Таинств перед смертью. Господь говорит: «В чем застану, в том и сужу». Здесь указывается на возможность того, что смерть застанет нас в такой момент, который будет решающим для нашей судьбы в вечности. Хорошо, если смерть застанет нас за добрым делом — в молитве, в состоянии

покаяния и примирения со всеми людьми и т. д. Очевидно, что душу нашу постигнет тогда, по словам Господа, светлая участь.

Обычно людям Бог не открывает часа их смерти, так как им это не полезно. Об этом так пишет преподобный Варсонофий Великий одному состоятельному больному, спросившему его о том, будет ли он жив или умрет, — раздавать ли ему свое имение или делать это еще рано: «Если я скажу, что ты умрешь, то спасение твое будет как бы вынужденным; потому что, видя себя в узах смерти, ты, как бы по необходимости, откажешься от своего имения. А если ты надеешься еще долго жить, и, пожелав спастись, утвердишь мысль твою во благом (т.е. раздать имение. Прим. автора), то и хотя тотчас умрешь, спасение твое будет по твоей доброй воле».

Некоторые христиане склонны забывать слова Господа о том, что *«Царство Мое не от мира сего»* (Ин. 18:36), и, что христианину сказано *«но собирайте себе сокровища на небе, где ни моль, ни ржа не истребляют и где воры не подкапывают и не крадут»* (Мф 6:20). Умом мы знаем эти истины, но они чаще всего не лежат у нас на сердце и не господствуют над нами. Мы забываем, что мы здесь на земле только *«странники и пришельцы»* (Евр. 11:13).

Все святые и подвижники благочестия искали памяти о смерти и старались пользоваться всеми средствами, чтобы укрепить ее в себе. Память о смерти, как и все другие добродетели, есть Божий дар душе, и усвоение этой памяти есть великое приобретение для христианина. Священник Александр Ельчанинов пишет: «Многое облегчилось бы для нас в жизни, многое стало бы на свое место, если бы мы почаще представляли себе всю мимолетность нашей жизни, полную возможность для нас смерти хоть сегодня. Тогда сами собой ушли бы все мелкие горести и многие пустяки, нас занимающие, и большее место заняли бы вещи первостепенные».

Помня о возможности каждодневной внезапной смерти, нам легче будет в согласии с советом святых отцов, проводить каждый день, как последний день нашей жизни, в страхе перед Богом и в служении ближним. Обычно, человек гонит от себя мысль о физической смерти, и, в сущности, почти каждый день живет так, как будто бы ему одному из всех людей было даровано физическое бессмертие. На пути жизни духа человек должен, прежде всего, окончательно преодолеть эту иллюзию и уметь всегда смотреть правде в глаза и верить лишь в бессмертие души.

Но не только о близости своей смерти должны мы думать: мы должны предполагать, что и наши ближние и друзья могут быть взяты смертью сегодня же или что мы видимся с ними, может быть, последний раз в жизни. Если мы это почувствуем сердцем, то мы всегда будем относиться к ним с любовью, лаской, нежностью, а когда надо — с терпением. Известно, как переживаются невнимательность и пренебрежительность к людям, которые внезапно умерли. Такие случаи черствости сердца непоправимы и вспоминаются всегда с горьким сожалением. Поэтому в отношениях с людьми — безразлично — близкими или дальними — надо всегда думать, что мы говорим с ними в последний раз, служим им перед самой их смертью и, что следующая наша встреча будет уже перед Престолом Всевышнего Судьи. И, как важно, какова была у нас последняя встреча, под впечатлением которой наш ближний будет свидетельствовать о нашем к нему отношении.

Смерть, по существу, есть наказание за грех, и, как наказание, не может быть не страшным. О моменте разлучения души с телом Господь говорит как о «вкушении смерти», указывая этим на особые и неизвестные для нас переживания в это время. Поэтому смерть — великое и страшное таинство. К часу смертному святые и праведники готовились, как к самому важному и решающему моменту жизни для человеческой души. И если человек чувствует, что в нем еще силен грех, что над ним еще имеет власть темная сила, он не может не бояться смерти. Но если сердце живет любовью ко Христу, то смерть должна уже не пугать, а манить к себе: душа христианина, как невеста, должна стремиться к встрече со своим Женихом-Христом. Она должна радоваться, надеясь на скорое свидание со своими любимыми покровителями из числа святых Торжествующей Церкви и возможности увидеть их славу. Об этом пишет преподобный Исаак Сирин: «Человек, пока в нерадении, боится часа смертного, а когда приблизится к Богу, боится встречи суда, когда же всецело подвинется к Богу вперед, тогда любовью поглощается тот и другой страх». Так достигается бесстрашие в отношении смерти тела.

Отношение христианина к приближению смерти является показателем его духовной зрелости. Как прискорбно бывает смотреть, когда умирающий христианин упорно не хочет примириться с сознанием приближающейся смерти — призывает одного доктора за другим, хватается за всевозможные лекарства и с отчаянием стремиться лишь к тому, как бы продлить жизнь тела.

Бывают, однако, случаи, когда память смерти сопровождается такими чувствами, которые бесполезны душе. Об этом так пишет игуменья Арсения: «Хорошо иметь память о смерти, но с разумом — когда она служит к отречению, к умилению, к сокрушению духа, к смирению. Если же она производит уныние, то и самая память смерти будет вести не ко спасению, а к гибели. Во время уныния полезнее иметь память милости Божией, Его благодати, Его дарований, благодеяний. Все хорошо в свое время, а не вовремя и самое хорошее может послужить во вред». Здесь, впрочем, говорится о редких исключениях. Основным же случаем является необходимость для всякого христианина постоянной памяти о возможной близости смерти. Нужно знать, что этого не терпят наши враги — темные силы. Архиепископ Варлаам (Ряшенцев) говорит: «Памяти смертной враг боится больше всего, больше чем молитвы, и все свое лукавство употребляет на то, чтобы отвлечь человека от этой памяти, увлекая чем-либо земным».

Смерть близких

Как пишет священник Александр Ельчанинов: «Рождение мистично — к нам приходит вестник из другого мира. Смерть близких еще сильнее будит в нас мистические чувства, уходя от нас, они из ткани нашей души протягивают за собой длинный провод, и мы уже не можем жить только этим миром — в наш теплый уютный дом поставлен телефонный аппарат в бесконечность... Наша мысль, а если это близкий человек — наша любовь, вместе с умирающим, как будто переступает через эту грань, заглядывает в иной мир и удостоверяется в его существовании. Советы близким умершего: оторвать свои чувства и боль от телесности, которая пойдет в землю, не терзать себя воспоминаниями земных чувств и земных радостей, связанных с умершим, а перешагнуть, хотя бы мысленно, с умершим в тот мир, утешаться любовью близких с совместными молитвами. Скорбь по умершему — неверие, язычество. Надо прийти к христианскому ощущению реальности Царства Небесного... У умерших наступает непосредственное ощущение и видение духовных сущностей, нападение демонов... Наше горе, смущение, слезы, а иногда и отчаяние, усугубляют смущение души: ведь она еще очень близка к нам, она — одно существо с нами, и если при жизни, закрытая телом, она не всегда чувствовала душевное состояние близких, то сейчас

она особенно беззащитна против нашего отчаяния... Вот почему наш долг перед почившим — оказать ему помощь приведением себя в гармоничное состояние — состояние молитвы».

Есть одна склонность у христиан, которую они заимствуют у неверующих людей: это стремление скрыть от умирающих близких серьезность их положения и близость смерти. Господь посылает длительные предсмертные болезни, как последнее средство, служащее для спасения души. Он хочет, чтобы в это время душа задумалась бы над жизнью, заглянула бы в себя, осознала бы свою нечистоту, ужаснулась бы своему недостоинству и в страхе вспомнила бы о Боге, и с покаянием и надеждою на Его милосердие устремилась бы к Нему свое сердце. Этому благому Промыслу Божию очень часто мешают близкие тяжело больных. Оптинские старцы считали, что врач обязан предупреждать больного о приближении смерти. И, очевидно, не только не скрывать надо опасность перед больными христианами, но даже, может быть, несколько преувеличивать ее и говорить, что нельзя иметь надежды ни на лекарства, ни на врачей, так как последние только люди. Описаны случаи из жизни праведников, когда они предсказывали скорую смерть кому-либо из своих близких, причем эти предсказания потом не оправдывались. Но те, кому они предсказывали, были впоследствии им глубоко благодарны. Это предсказание заставляло их вовремя, — когда еще у них были и время и силы — покаяться, изменить свой образ жизни и в усиленных духовных подвигах приготовить себя к переходу в иной мир.

В тех случаях, когда хотят прекратить или облегчить предсмертные страдания больного, надо прибегать к усиленной молитве о нем. Следует, однако, заметить, что чего бы ни просили молящиеся, им следует заканчивать свою просьбу так, как заканчивал Свою молитву Господь в Гефсиманском саду: *«Да будет воля Твоя»* (Мф. 26:42).

Примеры из жизни пожилых людей в произведениях русской литературы XIX века

Наша литература запечатлела в слове и образе глубокий жизненный опыт русского человека: и светлый, и темный, опыт всех возрастных групп. Опыт веры и опыт безверия. Важнейшее в нашей отечественной словесности — ее православное миропонимание. Именно Православие повлияло на пристальное внимание человека к своей духовной сущности, на внутреннее самоуглубление, отраженное литературой. Выдающийся русский философ

И. В. Киреевский писал: «Западный человек искал развитием внешних средств облегчить тяжесть внутренних недостатков. Русский человек стремился внутренним возвышением над внешними потребностями избежать тяжести внешних нужд».

Православие устанавливает единственно истинную точку зрения на жизнь — и это усваивает (не всегда в полноте) русская литература в качестве основной идеи, становясь таким образом православной по духу своему. Об этом говорит Н. А. Бердяев: «В русской литературе, у великих русских писателей религиозные темы и религиозные мотивы были сильнее, чем в какой-либо литературе мира. ... Вся наша литература XIX в. ранена христианской темой, вся она ищет спасения, вся она ищет избавления от зла, страдания, ужаса жизни для человеческой личности, народа, человечества, мира. ... Соединение муки о Боге с мукой о человеке делает русскую литературу христианской, даже тогда, когда в сознании своем русские писатели отступали от христианской веры».

Но знать Истину и следовать Истине — какая пропасть порою между двумя этими состояниями. И какая мука человеку от ощущения той бездны не где-нибудь, а в самой душе его. Об этом говорил святой праведный Иоанн Кронштадтский: «Иметь духовные потребности и стремления и не находить им удовлетворения — какое мучение для души!» Вот такие мучения и стали прежде всего предметом эстетического осмысления и отображения в русской литературе. Но не поводом для отстраненного созерцания и холодного рассудочного анализа, а предметом и собственного душевного терзания художника.

Посмотрим, как в нашей литературе изображаются некоторые духовные проблемы пожилых людей.

1. Афанасий Иванович Товтогуб и Пульхерия Ивановна Товтогубиха — главные герои «Старосветских помещиков» Н. В. Гоголя — являют собой пример нежной супружеской любви до гроба. Героев отличает при этом и полная бесхозяйственность, и чревоугодие, и многие другие недостатки. Но все это покрывается трогательной заботой супругов друг о друге, радушием по отношению к ближним, гостеприимством, добродушием, незлобием.

«На лицах у них всегда написана такая доброта, такое радушие и чистосердечие...»

«Нельзя было глядеть без участия на их взаимную любовь. Они никогда не говорили друг другу *ты* но всегда *вы*; вы, Афанасий Иванович; вы, Пульхерия Ивановна».

«Он всегда слушал с приятною улыбкой гостей, приезжавших к нему, иногда и сам говорил, но больше расспрашивал. Он не принадлежал к числу тех стариков, которые надоедают вечными похвалами старому времени или порицаниями нового. Он, напротив, расспрашивал вас, показывая большое любопытство и участие к обстоятельствам вашей собственной жизни, удачам и неудачам. <...> Тогда лицо его, можно сказать, дышало добротою».

2. Плюшкин из «Мертвых душ» Н. В. Гоголя — пример того, как скупость, доведенная до абсурда, превратила рачительного хозяина в «прореху на человечестве». Свою болезненную скупость Плюшкин постоянно оправдывает усердным, якобы, радением о добродетелях ближних — родных и слуг. Кучи ненужных предметов, покоящихся на бюро и на полу в углу кабинета Плюшкина, становятся ярким отображением иссушенной скупостью души героя. При этом Плюшкин готов обвинить всех вокруг в воровстве, своекорыстии и сребролюбии: «Приказные такие бессовестные! Прежде, бывало, полтиной меди отделаешься да мешком муки, а теперь пошли целую подводу круп, да красную бумажку прибавь, такое сребролюбие! Я не знаю, как священники-то не обращают на это внимания...» В авторском отступлении о юности, сопровождающем рассказ о Плюшкине, Гоголь обращается к читателю, предупреждая его о необходимости сохранить на всю жизнь добродетели, приобретенные в юности, не поддаваться иссушающим душу страстям. «Забирайте же с собою в путь, выходя из мягких юношеских лет в суровое ожесточающее мужество, забирайте с собою все человеческие движения, не оставляйте их на дороге, не подымете потом! Грозна, страшна грядущая впереди старость, и ничего не отдает назад и обратно! Могила милосерднее ее, на могиле напишется: «Здесь погребен человек!» — но ничего не прочитаешь в хладных, бесчувственных чертах бесчеловечной старости».

3. Своим религиозным ханжеством напоминает нам Плюшкина Порфирий Иванович Головлев по прозвищу Иудушка, герой романа М. Е. Салтыкова-Щедрина «Господа Головлевы». В совершенстве овладев техникой молитвенного стояния, хорошо зная все церковные службы, постоянно используя церковную фразеологию, он страдал между тем беспримерным оскудением любви. Герой не признавал того, что своим фарисейством способствовал гибели брата, сыновей, матери, племянниц. Иудушка испытывал перед смертью запоздалое пробуждение совести, что, однако, не

привело его к истинному покаянию, он погиб по дороге к могиле матери, замерзнув в снегу.

4. Напротив, истинный подвиг родительской любви являют старики Базаровы, Василий Иванович и Арина Власьевна, — родители главного героя романа И. С. Тургенева «Отцы и дети». В противоположность безбожному сыну родители его — люди необыкновенно набожные. После смерти Евгения смыслом их жизни становится неустанная молитва на могиле сына, исполненная упования на милость Божию. Автор выражает надежду, что молитвы родителей смогут облегчить посмертную участь их заблудшего сына. «Неужели их молитвы, их слезы бесплодны? Неужели любовь, святая, преданная любовь не всесильна? О, нет! Какое бы страстное, грешное, бунтующее сердце ни скрылось в могиле, цветы, растущие на ней, безмятежно глядят на нас своими невинными глазами, не об одном вечном спокойствии говорят нам они, о том великом спокойствии «равнодушной» природы: они говорят также о вечном примирении и о жизни бесконечной...»

5. В противоположность праведным старикам Базаровым Раиса Павловна Гурмыжская, героиня «Леса» А. Н. Островского, одержимая блудной страстью, выходит замуж за недоучившегося гимназиста, молодого авантюриста Буланова. Гурмыжская сочетает в себе забывчивость, рассеянность, безалаберность и непрактичность в хозяйственных делах с прочно усвоенными ей повадками опытной кокетки.

6. Чем-то напоминает нам Гурмыжскую старый сладострастник Федор Павлович Карамазов, персонаж романа Ф. М. Достоевского «Братья Карамазовы», стремящийся за деньги заполучить себе в любовницы молоденькую Грушеньку.

7. Старик Степан Трофимович Верховенский из «Бесов» Достоевского, в молодости, в 1840-е годы, убежденный «западник», своим либеральным словоблудием способствовал тому, что его сын Петр стал впоследствии ярким нигилистом. И вот уже в старости Степан Трофимович, увидев, к какому беснованию сына и его компании привели либеральные идеи, понял, что и он, отец, виноват в этом бесновании.

8. Старый князь, отставной генерал-аншеф Николай Андреевич Болконский из романа Л. Н. Толстого «Война и мир» — вольнодумец, воспитанный в духе вольтерьянства екатерининских времен, человек необычайно деятельный, трудолюбивый, великодушный, но в то же время деспотичный и своенравный, особенно по

отношению к своей дочери княжне Марье, а так же и по отношению к сыну — препятствовал его браку с Наташей Ростовой. И вот перед лицом смерти старый князь смягчается, он чувствует свою вину перед дочерью и просит у нее прощения.

9. Старая княгиня Ростова в эпилоге «Войны и мира» мирно доживает свой век в доме сына Николая и невестки Марьи, окруженная любовью и заботой близких. Вот что пишет о ней Толстой: «После так быстро последовавших одна за другой смертей сына и мужа она чувствовала себя нечаянно забытым на этом свете существом, не имеющим никакой цели и смысла. Она ела, пила, спала, бодрствовала, но она не жила. Жизнь не давала ей никаких впечатлений. Ей ничего не нужно было от жизни, кроме спокойствия, и спокойствие это она могла найти только в смерти. <...> В ней в высшей степени было заметно то, что заметно в очень маленьких детях и в очень старых людях. В ее жизни не видно было никакой внешней цели, а очевидна была только потребность упражнять свои различные склонности и способности. Ей нужно было покушать, поспать, подумать, поговорить, поплакать, поработать, посердиться и так далее только потому, что у ней был желудок, был мозг, были мускулы, нервы и печень... <...> Так поутру, в особенности ежели накануне она покушала чего-нибудь жирного, у ней появлялась потребность посердиться, и тогда она выбирала ближайший предмет — глухоту Беловой. Она с другого конца комнаты начинала говорить ей что-нибудь тихо. — Нынче, кажется, теплее, моя милая, — говорила она шепотом. И когда Белова отвечала: «Как же, приехали», она сердито ворчала: — Боже мой, как глуха и глупа! <...> ...ей нужно было иногда поработать оставшимися способностями мыслить, и для этого предлогом был пасьянс. Когда нужно было поплакать, тогда предметом был покойный граф. Когда нужно было тревожиться, предлогом был Николай и его здоровье; когда нужно было язвительно поговорить, тогда предлогом была графиня Марья. Когда нужно было дать упражнение органу голоса, — это было большей частью в седьмом часу, после пищеварительного отдыха в темной комнате, тогда предлогом были рассказы все одних и тех же историй и все одним и тем же слушателям.

Это состояние старушки понималось всеми домашними, хотя никто никогда не говорил об этом, и всеми употреблялись всевозможные усилия для удовлетворения всех этих потребностей...»

10. В рассказе А. П. Чехова «Скучная история», имеющем подзаголовок «Из записок старого человека», главный ее герой,

профессор медицины Николай Степанович, с точностью, присущей ученым-медикам, воспроизводит физическое и душевное состояние старика, больного неизлечимой болезнью и, по-видимому, обреченного на близкую смерть. В отличие от многих своих гораздо более молодых родных и знакомых, герой сохраняет бодрость, он продолжает читать лекции студентам, добросовестно выполняет свои обязанности отца семейства, с сочувствием относится к другим людям, прежде всего к своей воспитаннице Кате. Герой с присущей старикам мудростью понимает всю суетность окружающего его мира, всю ничтожность интересов окружающих его людей, пошлость и несчастливость их жизни.

Герой с медицинской точностью передает свои физические немощи (это бессонница, нервный тик, ухудшение памяти и так далее). Он говорит и о своих душевных недугах. Герой откровенно признается: «... в голове моей день и ночь бродят злые мысли, а в душе свили себе гнездо чувства, которых я не знал раньше. Я и ненавижу, и презираю, и негодую, и возмущаюсь, и боюсь. Я стал не в меру строг, требователен, раздражителен, нелюбезен, подозрителен. ... Заменялась во мне и моя логика: прежде я презирал только деньги, теперь же питаю злые чувства не к деньгам, а к богачам, точно они виноваты; прежде ненавидел насилие и произвол, а теперь ненавижу людей, употребляющих насилие, точно виноваты они одни, а не все мы, которые не умеем воспитывать друг друга. ... Разве мир стал хуже, а я лучше, или раньше я был слеп и равнодушен? Если же эта перемена произошла от общего упадка физических и умственных сил — я ведь болен и каждый день теряю в весе, — то положение мое жалко: значит, мои новые мысли ненормальны, нездоровы, я должен стыдиться их и считать ничтожными...».

Пожалуй, главная душевная немощь Николая Степановича состоит в том, что он, вместо того, чтобы заняться спасением собственной души, продолжает интересоваться одной только наукой, которая стала для него своего рода «наркотиком». Герой пишет: «Мне отлично известно, что проживу я еще не больше полугода; казалось бы, теперь меня должны бы больше всего занимать вопросы о загробных потемках и о тех видениях, что посетят мой могильный сон. Но почему-то душа моя не хочет знать этих вопросов, хотя ум и сознает всю их важность. Как 20—30 лет назад, так и теперь, перед смертью, меня интересует одна только наука». Герой признает, что «судьбы костного мозга» по-прежнему интересуют его больше, чем «конечная цель мироздания».

Самое неясное состоит в том, что герой прекрасно понимает, в чем, собственно, дело. И свою главную проблему в старости герой видит прекрасно. Он признается, что в нем нет того, что называется «общей идеей, или Богом живого человека». Это при всем том, что Николай Степанович имеет богословское образование, до поступления в университет он учился в семинарии. Он прекрасно сохранил в душе то «чувство счастья», которое жило в нем в то время. Почему он его утратил? В чем тут дело? В медицинском образовании, которое так заражало тогдашних людей атеизмом? В любви к науке, которая из здорового увлечения постепенно переросла во всепоглощающую страсть? Трудно сказать. Эти вопросы следовало бы, наверное, задать самому Чехову, который также отошел в молодые годы от детской веры и претерпел мучительные душевные сомнения.

Приведенные примеры отражают реальную жизнь, хотя и с неизбежными искажениями, связанными с творческим воображением самих писателей — таких же, в общем-то, немощных людей, как и их герои. Наверное, было бы еще больше пользы поискать интересные примеры в реальных человеческих документах: в мемуарах, дневниках, воспоминаниях, письмах людей, живших в разное время. Надеемся, что эта работа будет проделана в скором будущем, если не нами, то кем-нибудь еще.

Литература

1. Митрополит Антоний Сурожский «Школа молитвы». Клин, 2000.
2. А. Ильин «Я вглядываюсь в жизнь. Книга раздумий». М., 2000.
3. «Отец Арсений». М., 2000.
4. Священник Сергей Николаев «Детское счастье». М., 2000.
5. Священник Сергей Николаев «Старость у телевизора». М., 1997.
6. Д.А. Авдеев «Помощь страждущей душе». М., 2001.
7. Н.Н. Фиолетов «Очерки Христианской апологетики». Клин, 2000.
8. Иеромонах Серафим (Роуз) «Душа после смерти». М., 1991.
9. М.М. Дунаев «Православие и русская литература». Ч. I—II. М., 2001.
10. «Пастырь добрый. Жизнь и труды московского старца протоиерея Алексея Мечева». М., 1997.

Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста

Л. С. Сухова

Реабилитация или восстановительное лечение — это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Восстановительное лечение необходимо, когда у пациента значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д. Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным.

Обычно при уходе больного умывают, кормят, перестилают ему постель и выполняют другие манипуляции, которые облегчают течение болезни. При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи насколько это возможно, несмотря на то, что он не может быть таким, как прежде. Восстановительный уход уменьшает последствия болезни, а у людей с инвалидностью — последствия инвалидности.

При восстановительном лечении необходимо помогать больным, но не делать ничего за них. По возможности следует стремиться к тому, чтобы больной самостоятельно выполнял правила

общей гигиены, например, чистил зубы, умывался, причесывался, принимал пищу. Прежде, чем выполнять какие либо действия по уходу, узнайте у больного, что он может делать самостоятельно, и поощряйте его это делать. Не забывайте о том, что в связи с болезнью и ее последствиями, больные могут утратить навыки повседневной жизни, которыми они владели до болезни. Вовлечение больного в занятия поможет ему приобрести навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем. Поэтому больного необходимо постепенно обучать этим навыкам и дать ему возможность приспособиться к болезни и жить более полноценно. В тех случаях, когда возможности больного выразить свои потребности и желания ограничены, необходимо помочь больному активизировать его участие в освоении навыков. Больному нужно объяснить задание, которое он должен выполнить.

Правила работы с пациентом

- Используйте краткие, конкретные предложения.
- Больному следует давать ясные инструкции и просить его повторить инструкции, чтобы выяснить понял ли он их.
- Иногда больному нужно продемонстрировать ту или иную процедуру, чтобы он смог ее воспроизвести.
- Будьте терпеливы к больному при обучении его навыкам.
- Всегда поощряйте его участие в освоении навыков.
- Поощряйте больного выполнять задание самостоятельно.
- Говорите больному о его способностях при выполнении задания и не заостряйте внимание на недостатках.

В период восстановительного лечения выполнение реабилитационных мероприятий нужно начинать как можно раньше. Для каждого больного составляется индивидуальная программа реабилитации, которая представляет собой перечень реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей пациента к бытовой, социальной, профессиональной деятельности в соответствии с его потребностями, кругом интересов, с учетом прогнозируемого уровня его физического и психического состояния, выносливости и т.д. Программа реабилитации составляется и реализуется только при согласии пациента или его законного представителя.

Принципы выполнения программы реабилитации

- Последовательность (определение показаний к реабилитации).
- установление настоящего состояния пациента при расспросе и клиническом осмотре, а также при психологическом и социальном обследовании, определении целей и задач реабилитации, составление плана реабилитации, проверка эффективности реабилитации и ее коррекция, достижение запланированных целей реабилитации, заключение реабилитационной команды и ее рекомендации).
- Комплексность (в процессе реабилитации решаются вопросы лечебного, лечебно-профилактического плана, проблемы определения трудоспособности пациента, его трудоустройства, трудового обучения и переквалификации, вопросы социального обеспечения трудового и пенсионного законодательства, взаимоотношений пациента и его семьи, общественной жизни).
- Непрерывность (восстановительное лечение проводится, начиная с момента возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество с использованием всех организационных форм реабилитации).

Этапы определения реабилитационной программы

- Проведение реабилитационно-экспертной диагностики. Тщательное обследование больного или инвалида и определение его реабилитационного диагноза служат той основой, на которой строится последующая программа реабилитации. Обследование включает в себя сбор жалоб и анамнеза пациентов, проведение клинических и инструментальных исследований. Особенностью этого обследования является анализ не только степени повреждения органов или систем, но и влияние физических дефектов на жизнедеятельность пациента, на уровень его функциональных возможностей.
- Определение реабилитационного прогноза — предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала в результате проведения лечения.
- Определение мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, позволяющих пациенту восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, социальной или профессиональной деятельности.

Виды реабилитационных программ и условия проведения

- Стационарная программа. Осуществляется в специальных отделениях реабилитации. Она показана пациентам, которые нуждаются в постоянном наблюдении медицинскими работниками. Эти программы обычно эффективнее других, поскольку в стационаре больной обеспечен всеми видами реабилитации.
- Дневной стационар. Организация реабилитации в условиях дневного стационара сводится к тому, что пациент живет дома, а в клинике находится только на время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.
- Амбулаторная программа. Осуществляется в отделениях восстановительной терапии при поликлиниках. Пациент находится в отделении поликлиники только на время проводимых реабилитационных мероприятий, например, массажа или лечебной физкультуры.
- Домашняя программа. При осуществлении этой программы пациент все лечебные и реабилитационные процедуры принимает дома. Эта программа имеет свои преимущества, так как пациент обучается необходимым навыкам и умениям в привычной домашней обстановке.
- Реабилитационные центры. В них пациенты участвуют в реабилитационных программах, принимают необходимые лечебные процедуры.

Специалисты по реабилитации обеспечивают пациента и членов его семьи необходимой информацией, дают совет относительно выбора реабилитационной программы, возможности его осуществления в различных условиях.

Обычно восстановительное лечение начинается в стационаре и продолжается затем в домашних условиях. Восстановительное лечение нужно начинать уже тогда, когда больной находится еще в постели. Правильное положение, повороты в постели, регулярные пассивные движения в суставах конечностей, дыхательные упражнения позволят больному избежать таких осложнений, как мышечная слабость, мышечная атрофия, пролежни, пневмония и др. У больного всегда следует поддерживать физическую активность, так как она укрепляет больного, а бездействие ослабляет.

При восстановительном лечении необходимо обращать внимание не только на его физическое, но и на эмоциональное состояние пациента и помнить о том, что в результате болезни или инвалид-

ности человек утратил способность трудиться, участвовать в общественной жизни. Изменение жизненной ситуации может вызвать страх, тревогу, привести к развитию депрессии. Поэтому важно создать вокруг больного атмосферу психологического комфорта.

Виды реабилитации

Медицинская реабилитация

- Физические методы реабилитации (электролечение, электростимуляция, лазеротерапия, баротерапия, бальнеотерапия).
- Механические методы реабилитации (механотерапия, кинезотерапия).
- Массаж.
- Традиционные методы лечения (акупунктура, фитотерапия, мануальная терапия, трудотерапия).
- Психотерапия.
- Логопедическая помощь.
- Лечебная физкультура.
- Реконструктивная хирургия.
- Протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование, сложная ортопедическая обувь).
- Санаторно-курортное лечение.
- Технические средства реабилитации.
- Информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.

Социальная реабилитация

Социально-бытовая адаптация

- Информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи.
- Обучение пациента самообслуживанию.
- Адаптационное обучение семьи пациента.
- Обучение больного и инвалида пользованию техническими средствами реабилитации.
- Организация жизни пациента в быту (адаптация жилого помещения к потребностям больного и инвалида).
- Обеспечение техническими средствами реабилитации (в программе указываются необходимые мероприятия для создания бытовой независимости пациента).
- Сурдотехника.
- Тифлотехника.
- Технические средства реабилитации.

Социально-средовая реабилитация

- Проведение социально-психологической и психологической реабилитации (психотерапия, психокоррекция, психологическое консультирование).
- Осуществление психологической помощи семье (обучение жизненным навыкам, персональной безопасности, социальному общению, социальной независимости).
- Содействие в решении личных проблем.
- Консультирование по правовым вопросам.
- Обучение навыкам проведения досуга и отдыха.

Программа профессиональной реабилитации

- Профориентация (профинформирование, профконсультирование).
- Психологическая коррекция.
- Обучение (переобучение).
- Создание специального рабочего места инвалида.
- Профессионально-производственная адаптация.

Для реализации программы реабилитации необходимо выявить возможности реабилитации для данного человека, определить какие способности следует развивать, наметить прогноз, ожидаемые результаты.

Каждый пациент нуждается в том лечении и в тех реабилитационных мероприятиях, которые необходимо лично для него.

Специалисты, занимающиеся реабилитацией

- Врачи разных специальностей (невропатологи, ортопеды, терапевты и др.). Они помогают диагностировать и лечить заболевания, которые ограничивают жизнедеятельность пациентов. Эти специалисты решают проблемы медицинской реабилитации.
- Реабилитолог.
- Реабилитационные медицинские сестры. Они оказывают помощь пациенту, осуществляют уход, обучают пациента и членов его семьи.
- Специалист по физиотерапии.
- Специалист по лечебной физкультуре.
- Специалисты по нарушению зрения, речи, слуха.
- Психолог.
- Психотерапевт.
- Социальный работник и другие специалисты.

Обучение навыкам самообслуживания также можно начинать уже в больнице. Для лежачих больных восстановительный процесс может начаться с обучения больного навыкам умываться, чистить зубы, причесываться, принимать пищу, пользуясь столовыми приборами. Больных, которые могут сидеть, можно обучать самостоятельно одеваться и раздеваться. При восстановительном уходе рекомендуется использовать технические средства реабилитации, которые помогают больному при ходьбе, приеме пищи, купании, посещении туалета и т. д. Например, из-за болезни или инвалидности, больной может нуждаться в использовании приспособлений, помогающих ему ходить, таких как трости, ходунки, костыли, инвалидные кресла-коляски. Использование этих приспособлений дает человеку возможность передвигаться и быть независимым от других. Для облегчения приема пищи можно использовать специальную посуду (тарелки, чашки), столовые приборы. Имеются также специальные приспособления, облегчающие больному прием ванны, посещение туалета и т.д.

В последнее время в практике восстановительного лечения используются новые методы и формы. Одним из современных методов реабилитации является оккупационная терапия (ОТ).

Термин «оккупационная терапия» происходит от *occupational therapy* — лечение занятием. Оккупационная терапия предусматривает деятельность, направленную на реабилитацию лиц, которые по состоянию здоровья нуждаются в помощи при уходе за собой, проведении досуга и выполнении трудовой деятельности. Все эти виды занятий объединяют понятие оккупациональной деятельности.

Работа специалистов по ОТ направлена на помощь лицам, чья оккупационная деятельность страдает вследствие травмы, психических или эмоциональных нарушений, врожденных или приобретенных заболеваний, либо в результате возрастных изменений.

Целью ОТ является:

- расширение независимости и автономности человека в перечисленных занятиях;
- обеспечение успешного и независимого выполнения оккупационных действий.

Объектом ОТ являются люди, нуждающиеся в восстановлении и нормализации оккупационной деятельности. При этом проявление клинических нарушений рассматривается только с учетом взаимосвязи с оккупационной деятельностью.

Медицина накапливает информацию о признаках и симптомах заболеваний, нарушений или травм и разрабатывает способы лечения. ОТ собирает информацию о самообслуживании, проведении досуга и трудовой деятельности пациентов и осуществляет стратегию, направленную на восстановление и нормализацию оккупациональной деятельности. В процессе реабилитации ОТ оценивает также психологические, социальные и экологические факторы, которые оказывают влияние на оккупациональную деятельность.

Следует отметить, что не все болезни и не во всех случаях приводят к нарушению оккупациональной деятельности пациентов. Например, перелом ноги или простуда ухудшает состояние здоровья, но не приводят к стойкому нарушению оккупациональной деятельности. Отклонения в состоянии здоровья могут быть весьма существенны, но не вызывать нарушений тех функций, которые определяют оккупациональную деятельность человека. Так, пациент, перенесший ампутацию нижней конечности выше коленного сустава, может продолжать работу учителя, поскольку этот род деятельности не требует значительной мобильности. В случае, когда профессия требует высокой подвижности, необходимо помочь этому человеку адаптироваться, чтобы он мог справиться с работой.

Имеется много заболеваний, которые носят хронический характер и слабо поддаются лечению. ОТ оказывает помощь людям, страдающим такими заболеваниями, несмотря на их состояние здоровья.

ОТ может пользоваться различными методами, чтобы помочь пациенту восстановить независимый образ жизни. Это могут быть и медицинская реабилитация, и социальная адаптация, и восстановление деятельности за счет использования вспомогательных приспособлений.

Таким образом, ОТ исходит из представления о том, что состояние здоровья человека определяется рядом факторов, которые лежат за границами понятий о болезни или патологическом состоянии. Наличие болезни является важным, но не единственным фактором в определении оккупационального здоровья. Как правило, пациент, оккупациональная деятельность которого ограничена по состоянию здоровья, будет хорошо поддаваться терапии, которая сочетает медикаментозное лечение и компенсаторные приемы оккупациональной терапии.

Принципы оккупациональной терапии

ОТ руководствуется следующими принципами.

- Участие в оккупациональной деятельности жизненно необходимо. Такое участие позволяет человеку удовлетворять природные потребности, приобретать навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем, достигая чувства удовлетворенности и значимости.
- Участие в оккупациональной деятельности является важным компонентом социальной адаптации человека. Оккупациональная деятельность людей осуществляется в определенной социальной и культурной среде. Нарушение оккупациональной деятельности может повлиять на способность человека исполнять социальные обязанности.
- Участие человека в оккупациональной деятельности зависит от воздействия ряда факторов, которые включают индивидуальные особенности, характер и смысл оккупациональной деятельности, социальную и окружающую среду, на фоне которых осуществляется эта деятельность. Представление об индивидуальной оккупациональной деятельности складывается на основании тщательной оценки всех этих факторов и взаимоотношений между ними.
- Каждый пациент активно вовлекается в процесс ОТ. Взаимоотношения между пациентом и специалистом по ОТ носят характер сотрудничества. И тот, и другой вносят в этот процесс свои знания, умения и опыт, участвуют в разработке и осуществлении приемов ОТ.
- Каждый человек имеет возможности для своего развития и совершенствования. Хотя возможности и способности могут быть ограничены по разным причинам, человек всегда имеет потенциал к развитию и совершенствованию. Люди, страдающие недееспособностью, все же располагают резервами для удовлетворительной оккупациональной деятельности.
- Между элементами, составляющими занятия, должен быть баланс, который необходим для обеспечения здорового и благоприятного образа жизни. Уход за собой, досуг и трудовая деятельность образуют определенную структуру в повседневной жизни человека. Возможность деятельности в каждой из трех областей обеспечивает удовлетворение потребностей человека в занятиях. Например, человек, у

которого уход за собой занимает слишком много времени, не сможет участвовать в трудовой деятельности и, следовательно, удовлетворять потребность в значимой социальной сфере или достичь экономической независимости.

- Оккупациональные занятия, а также требования и обязательства, связанные с оккупациональной деятельностью, изменяются на протяжении жизни и должны рассматриваться в перспективе развития. Специалисту по ОТ необходимо учитывать возрастные особенности пациента.
- Вовлечение пациента в оккупациональную деятельность считается нормальным и социально оправданным. Она может проводиться в той форме, которая позволяет пациенту интегрироваться в социальную жизнь. Поэтому во внимание должны приниматься как возможности пациента, так и особенности окружающей обстановки.
- Оккупациональная деятельность используется в качестве терапии. Оккупациональные занятия позволяют развивать способности и навыки пациентов, которые могут быть использованы в повседневной жизни. Они позволяют пациентам адаптироваться к окружающей обстановке.

Оккупациональная терапия состоит из комплекса знаний, умений и навыков, которые помогают лицам с ограниченными возможностями сохранять здоровье, уменьшать последствия инвалидности и старости и вести независимый образ жизни.

Реабилитация пожилых людей

Основные методы, формы и цели реабилитации пожилых и людей старческого возраста не отличаются от общепринятых и включают различные аспекты реабилитационного процесса (медицинский, социальный, психологический и др.). Однако реабилитация пожилых имеет свои особенности, которые обусловлены возрастными функциональными изменениями организма. С возрастом у пожилых людей резко возрастают потребности в уходе и необходимости медицинской помощи, психологической поддержки и социальной защиты. Людям пожилого возраста не всегда хватает необходимых стимулов для активного включения в общественную жизнь из-за болезней и старости. Восстановительное лечение требует от пожилого человека веры в необходимость и эффективность реабилитационных мероприятий, энергии и силы воли, терпения. Весь процесс реабилитации в пожилом и стар-

ческом возрасте протекает медленно и поэтому следует проявлять большую настойчивость в работе с такими пациентами, учитывать их физическое и эмоциональное состояние. Воля пациента является наиболее важным элементом реабилитации и тем, кто ухаживает за пожилыми пациентами, часто необходимы большие усилия, чтобы пробудить у пожилого чувство собственного достоинства, научить его думать о себе как о личности.

Большое психотерапевтическое значение имеет заранее составленный план реабилитации с уведомлением пациента о его деталях. Обоснование плана реабилитации укрепляет решимость пациента бороться за свое здоровье, снимает депрессию. Основными элементами реабилитации пожилых людей должны быть:

- активный образ жизни;
- организация посильной трудовой деятельности;
- организация досуга и отдыха;
- восстановление утраченных функций и навыков.

Целью реабилитации является сохранение, поддержание, восстановление функционирования пожилых, стремление к достижению их независимости, улучшение качества жизни и эмоциональное благополучие.

Правила работы с пожилыми пациентами

- Предоставьте возможность индивидуальных занятий для пациента.
- Совместно с пациентом определите краткосрочные и реально достижимые для него цели реабилитационных мероприятий.
- Выбирайте способы обучения, необходимые данному пациенту.
- Говорите медленно, четко выговаривая слова, используйте краткие, конкретные предложения.
- Давайте пациенту ясные инструкции и просите его повторить их.
- Иногда пациенту нужно продемонстрировать ту или иную процедуру, чтобы он смог ее воспроизвести.
- Адаптируйте обучение к изменениям органов чувств:
 - не кричать, говорить в более низкой тональности;
 - слуховые аппараты должны быть в рабочем состоянии;
 - устранять побочные шумы и другие отвлекающие факторы;
 - обеспечить необходимое освещение;
 - использовать крупный шрифт при распечатке материалов;
 - очки должны быть с чистыми стеклами.

- Оказывайте пациенту посильную помощь в обучении.
- Учитывайте эмоциональное состояние пациента, его представления о заболевании и лечении.
- Учитывайте потребности пациента.
- Проявляйте к пациенту сочувствие, терпение при обучении его навыкам.
- Поощряйте пациента выполнять задания по освоению навыков самостоятельно.
- Говорите пациенту о его способностях и успехах при обучении, не заостряйте внимание на его недостатках.

Основные направления реабилитации пожилых

Медицинская реабилитация

- Физические методы реабилитации (лечебная физкультура, эрготерапия).
- Механические методы реабилитации (кинезотерапия).
- Массаж.
- Традиционные методы лечения (фитотерапия, трудотерапия).
- Психологические методы реабилитации (психотерапия).
- Протезно-ортопедическая помощь (протезирование, ортезирование).
- Санаторно-курортное лечение.
- Технические средства реабилитации.

Социальная реабилитация

- Ресоциализация пожилых (возвращение пожилых в общество, их социальная активность, преодоление изоляции).
- Социальная помощь.
- Максимальное развитие и использование способностей пациента к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению.
- Адаптация жилищных условий к нуждам пожилых.
- Организация досуга и отдыха пожилых людей.
- Обеспечение техническими средствами реабилитации для создания бытовой независимости пожилого пациента.

Профессиональная реабилитация

- Сохранение возможно более длительной трудоспособности пожилых людей.

- Обучение и переобучение пожилых людей.
- Предоставление рабочих мест пожилым людям.
- Широкое вовлечение пенсионеров в трудовую деятельность.

Просветительская реабилитация

- Информирование и консультирование по вопросам медицинской реабилитации.
- Информирование и консультирование по вопросам социально-бытовой реабилитации пациента и членов его семьи.
- Информирование об источниках социальной поддержки.

Геронтологический уход

- Уход и защита со стороны семьи и общества.
- Доступ к медицинскому обслуживанию.
- Поддержание оптимального уровня физического, психического и эмоционального состояния.
- Доступ к правовым и социальным услугам.
- Право принимать решения в отношении ухода и качества жизни.

Реабилитация людей пожилого возраста осуществляется в стационарах, реабилитационных учреждениях, амбулаторных условиях, на дому, интернатах и пансионатах, дневных стационарах.

Литература

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация. М. Антидор, 1989 г. – 568 с.
2. Всероссийская конференция «Равные возможности для инвалидов: проблемы и государственная стратегия» (3–4 октября 2000 г.). ВОИ–Информ. М., 2001 г.
3. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». Под ред. А.С.Киселева, А.И.Осадчих, С.А.Леонова. М., 1998 г.
4. Дамулин И.В., Жученко Т.Д., Левин О.С. Нарушения равновесия и походки у пожилых. Достижения в нейрогериатрии: Ч. 1.— 1995 г.— С.71—99.
5. Дон Катон. Сделай свой дом удобным, если возраст или здоровье подводят. Пер. с англ. «Здравствуй», Пермь, 1993 г.
6. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. М.: Логос. – 1996 г.
7. Индолев Л.Н. Жить в коляске. М., 2001 г.
8. Информационные материалы о структуре и деятельности Государственной службы реабилитации инвалидов. Авт. Е.Г.Свистунова, О.С.Андреева и др. ЦБНТИ Минтруда России. М., 2001 г. Вып. 44.
9. Калмет Х.Ю. Жилая среда для инвалида. М., «Стройиздат». 1990 г.

10. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старости. М.: Издательский центр «Академия». — 2002 г. — 288 с.

11. Малева Т.М., Васин С.А. Голодец О.Ю., Бесфамильная С.В. Инвалиды в России: причины и динамика инвалидности, противоречия и перспективы социальной политики. Бюро экономической политики, М., РосСПЭН, 1999 г.

12. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. М., 200 г. — С.63—67.

13. Медицинская реабилитация. Под ред. Акад. В.М. Богомолова в 3 томах. Москва-Пермь. 1998 г.

14. Организационно-методические основы социально-психологической реабилитации инвалидов (Методы и технологии психокоррекции и психотерапии в процессе профессионального обучения молодых инвалидов). Методические рекомендации. Сост. Ширанович М.П., Мархаева Р.Г. и др. ЦБНТИ Минтруда России. М., 2000 г. Вып. 18.

15. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации. Учебно-методическое пособие. Сост. Коробов М.В., Дворкин Э.А. и др. СПб, 1999 г.

16. Сборник документов по комплексной реабилитации инвалидов в реабилитационных учреждениях системы социальной защиты населения России. Официальное издание. М., 2001 г.

17. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста. Под ред. Холостовой Е.И., Осадчих А.И. ИСР М., 1996 г.

18. Социальная реабилитация инвалидов в регионе, пути ее реализации. Системно-методическое обеспечение процесса социальной реабилитации инвалидов. Практическое пособие. Новосибирск. 1998 г.

19. Теоретические основы медико-социальной реабилитации инвалидов. Авт. Андреева О.С., Лаврова Д.И. и др. ЦБНТИ Минтруда России. М. 1997 г, Вып. 18.

20. Холостова Е.И. Пожилой человек в обществе. М., 1999 г.

21. Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов. «Экзамен». М., 2002 г.

22. Шапошников А.Е. Библиотечное обслуживание инвалидов: история, современность, тенденции. РГБС. М., 1992 г.

23. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М., 1996 г.

24. Ярошенко Н.Н. Социокультурная анимация. Учебное пособие. МГУ-КИ. Рязанский филиал. М., 2000 г.

25. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС. 1999. — 224 с.

Организация досуга и свободного времени пожилых людей

Л. С. Сухова

В процессе нормальной жизнедеятельности человек занят разнообразными повседневными делами: профессиональной деятельностью, образованием, домашними делами, общением с людьми, сном, отдыхом, досугом.

Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Люди проводят досуг для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

Досуг и отдых могут включать следующие виды деятельности:

- спорт или разнообразная физическая активность (роль зрителя, участника, тренера или какая-либо другая организационная деятельность);
- художественная деятельность (живопись, рисование, литературное творчество);
- поделки (вышивание, вязание, плетение различных изделий и другое ручное творчество);
- забота о животных;
- хобби (разнообразная деятельность по интересам);
- посещение музеев, театров, галерей, экскурсии;
- игры (настольные игры, компьютерные игры);

- развлечения (просмотр телепередач, фильмов, чтение литературы, прослушивание радиопередач);
- общение с другими людьми (телефонные разговоры, написание писем, приглашений, организация и посещение вечеров и других развлекательных мероприятий).

Жизнь человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых, на предпочтительные формы проведения свободного времени. Досуг и отдых играет особо важную роль в жизни людей пожилого и старческого возраста, особенно когда их участие в трудовой деятельности затруднено. В современных экономических условиях пожилые люди занимают в обществе маргинальное социокультурное положение. Ограничение набора социальных ролей и культурных форм активности сужает рамки их образа жизни. Поэтому особое значение придается досугу после ухода на пенсию или в связи с болезнью, когда пожилой человек должен адаптироваться к новым условиям к жизни вне сферы трудовой деятельности. Полноценная жизнедеятельность многих пожилых людей невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, соответствующих их социальным потребностям. Организация досуга является одним из важных элементов реабилитации и ухода за больными, инвалидами и пожилыми. В последнее время разрабатываются новые технологии социокультурной реабилитации, способствующие социальной адаптации слабо защищенных групп населения. Проблема интегрирования пожилых и людей старческого возраста в социокультурную жизнь общества предусматривает разработку и реализацию специальных государственных программ в сфере культурной и оздоровительной политики.

Проблемы, которые могут возникнуть при организации досуга и отдыха у лиц пожилого и старческого возраста, носят следующий характер.

- Ограничение рамок досуга из-за финансовых, транспортных и других проблем, а не вследствие сниженных возможностей.
- Степень доступности общественного досуга и отдыха для лиц пожилого возраста.
- Возрастные ограничения в возможности развивать навыки и способности, необходимые для проведения досуга и отдыха, а также в возможности развивать эти качества с

учетом адаптации к новым жизненным условиям после выхода на пенсию.

- Атмосфера социального окружения, способствующая участию пожилого человека в проведении досуга и отдыха.

Социокультурная реабилитация больных, инвалидов и пожилых — это система организационных приемов и методов воздействия средствами культурно-досуговой деятельности и/или предоставления услуг, применяемых с целью оказания им помощи в восстановлении (компенсации) нарушенных или утраченных способностей к деятельности в соответствии с их духовными интересами, потребностями и потенциальными возможностями.

Термин «технологии социокультурной реабилитации» включает две составляющие: «социальное» и «культурное». «Социальное» указывает, что данная технология обращена к личности человека с ограниченными возможностями и предполагает достижение положительных изменений его образа жизни. Понятие «культурное» обозначает те средства, с помощью которых пожилой человек проявляет и реализует свой духовный, творческий потенциал. «Социальное» предполагает выход пожилых на такой уровень компетенции, который позволяет им вступать в обычные социальные контакты и взаимодействия. «Культурное» — подразумевает наполнение процесса реабилитации конкретным культурным содержанием, освоение пациентами культурных ценностей, норм и традиций, указание на качество и сферу проявления их культурной активности, на результаты их творчества в процессе их социокультурной деятельности. «Социальное» предусматривает различные формы взаимодействия пожилых между собой и с окружающей их средой, а «культурное» предполагает получение определенных результатов этого взаимодействия.

При планировании досуга и отдыха приоритет принадлежит развивающим технологиям, связанным с вовлечением пожилых людей в различные виды художественного, технического и прикладного творчества. Они оказывают на них социализирующее влияние, расширяют возможности для самоутверждения и самореализации, социальной адаптации.

В распоряжении специалистов по реабилитации имеются игровые и развлекательно-игровые (подвижные, малоподвижные, театрализованные и др.), художественно-зрелищные, диалогические (показ, рассказ, пересказ, объяснение, иллюстрирование), репродуктивные и творчески развивающие (тренинг, импрови-

зация), обучающие (упражнения, повтор), проблемно-поисковые, информационные и другие технологии.

Культурно-досуговая деятельность пожилых людей включают в себя:

- занятия художественным, прикладным, техническим творчеством;
- досуговые праздники, обряды, конкурсы, фестивали;
- спорт, активное движение, экскурсии, игры;
- деловые, коммерческие, логические, интеллектуальные игры и занятия;
- спокойный пассивный отдых (чтение, просмотр телепередач, слушание радио и др.).

Досуг и отдых направлены на реабилитацию пожилых людей путем достижения жизненно важных для них целей.

Разнообразие целей, возникающих в реабилитационном процессе, связана с определенными типами функциональных нарушений (сенсорные дефекты, нарушения опорно-двигательного аппарата, некоторые органические заболевания и т.д.).

Одним из основных элементов социокультурной реабилитации является анализ ситуации, характеризующий образ жизни пожилых, свойственные им идеалы и нормы поведения, духовные ценности, культурно-досуговые интересы и предпочтения.

Существенное значение имеет психологическая мотивация пожилого человека для участия в проведении досуга. Его желание и готовность активно участвовать в процессе реабилитации является неперенным условием успеха. Активность проявляется не только за счет изменений в самом человеке, но и за счет изменений в окружающей среде, способствующей развитию личности и желанию активно в ней существовать. Мотивация деятельности пожилых (их интересы, влечения, психологические установки, эмоции и т.д.) видоизменяется в процессе овладения тем или иным видом досуга, конкретным видом художественного, технического или декоративно-прикладного творчества. Динамика изменения мотивации служить основанием для оценки реабилитирующего воздействия досуга, который осваивает человек с ограниченными возможностями.

В практике разнообразной по формам и видам социокультурной деятельности индивидуальные интересы отличаются различными проявлениями, каждое из которых может характеризоваться

определенным показателем реабилитирующего воздействия на личность пожилого человека.

При организации культурно-досуговой деятельности, направленной на реабилитацию пожилых людей, следует учитывать:

- личность самого человека;
- отношения и контакты пожилых людей с окружающей средой и, прежде всего, с семейной микросредой;
- культурно-досуговые формы и методы, активно влияющие на личность пожилого человека, на его социальную реабилитацию и положение в обществе.

Предназначение досуговых технологий — помочь пожилым освоить навыки общения, необходимые для адаптации в социокультурном окружении. Существуют психологические закономерности, ускоряющие интеграционные процессы в общество, социальную адаптацию. Важно уметь выбрать и предложить пациенту такое интересное занятие, которое не позволяло бы ему сосредоточиться на своих болезненных ощущениях и переживаниях. Чаще всего такие занятия связаны с прикладным художественным и техническим творчеством, а также с более пассивными видами деятельности — чтением, просмотром телепередач, слушанием радио и так далее. Благодаря им у пожилых людей улучшается самочувствие, облегчается болезненное состояние.

Высокую эффективность показывают индивидуальные программы самореабилитации, включающие в себя систему разнообразных специальных тренингов, чередующие умственные и физические нагрузки, интенсивность которых возрастает по мере улучшения состояния пожилого пациента. Даже механическое заучивание и использование стереотипных наборов действий, необходимых в стандартных культурных ситуациях, дает человеку возможность обрести определенную степень самостоятельности.

Реабилитация, социальная адаптация и формирование независимого образа жизни пожилых в значительной степени зависит от участия в нем разных специалистов (медиков, психологов, педагогов, дефектологов, социальных педагогов, специалистов культуры, специалистов по реабилитации инвалидов и др.). В этом процессе необходимо взаимодействие ученых и практиков, государственных и негосударственных учреждений, широких слоев общественности, средств массовой информации. В задачи используемых технологий входит нейтрализация и устранение причин изоляции пожилых в

социокультурной сфере; приобщение их к профессиональной социокультурной деятельности, оказание им конкретной помощи в соответствии с их возможностями и интересами; поддержка пожилого человека в области досуга с учетом этнических, возрастных, конфессиональных и других факторов. При проведении работы с пожилыми людьми необходимо создать доступную, безбарьерную среду. Использование специальных технических средств, приспособлений, приборов, облегчающих ориентацию, мобильность, общение, передачу информации, является основным требованием к организации коррекционной помощи. При организации досуга следует учитывать физическое и эмоциональное состояние пожилого человека, а также состояние его зрения, слуха, мобильности. Зная о снижении работоспособности пожилых, необходимо регламентировать длительность занятий, количество пауз и перерывов для разминок с учетом их физических, когнитивных и психоэмоциональных возможностей. Особого внимания требует методика оценки результатов деятельности пациентов. Не завышая и не занижая их, следует подчеркивать те стороны, которые ведут к успеху.

Существуют различные реабилитационные виды досуга.

Библиотерапия

Библиотерапия и ее социокультурная реабилитационная направленность осуществляется через художественное чтение, дискуссии, литературные вечера, встречи с персонажами произведений и их авторами, тренинг-конкурсы на скорочтение, литературные и поэтические клубы, выставки книг и регулярную работу читального зала и абонемента библиотеки. Реабилитационное воздействие библиотерапии проявляется во влиянии на формирование самосознания человеком своих проблем, расширении компенсаторных возможностей удовлетворения информационных потребностей, налаживании связей с единомышленниками, творческом соотношении своей личности с персонажами художественных произведений, приобщении к культуре страны и мира, развитии речевых возможностей (особенно у людей с проблемами речи и нарушением общения). Библиотерапия — специальное коррекционное воздействие на человека с ограничениями с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния. Коррекционное чтение

воздействует на психические состояния или свойства личности пожилых, которые испытывают неудовлетворенность своим образом жизни и желание его изменить, желание войти в круг людей, творчески владеющих словом или для того, чтобы поделиться своим творческим опытом и т.д. Реабилитационное воздействие чтения проявляется в том, что те или иные образы и связанные с ними чувства, влечения, желания, мысли, усвоенные с помощью книги, восполняют недостаток собственных образов и представлений, заменяют тревожные мысли и чувства человека для восстановления его душевного равновесия. Человек же, воспринимающий чтение как мир добра и красоты, создаёт гармонию внутри себя. Он лучше себя чувствует. Это позволяет ему активно действовать и хорошо выглядеть. Он благожелателен и расслаблен, и это помогает ему преодолевать собственные трудности в установлении добрых отношений с людьми. Мир художественной литературы позволяет постигнуть сложную многогранную жизнь человека и на художественных примерах найти то позитивное, что делает его жизнь интересной и радостной. Литература даёт ему возможность, которую не может дать ни один, даже самый опытный психолог — основательно, не торопясь узнать, понять, научиться анализировать и, следовательно, контролировать своё эмоциональное поведение и свои реакции. Чувство уверенности в себе, вера в свои возможности у пациента часто возникают при чтении биографий, автобиографий, воспоминаний, писем выдающихся людей с интересной, но нелегкой судьбой. Чтение специально подобранной художественной литературы может снять напряжение, обеспечивает получение удовольствия от жизни. Известно немало произведений художественной литературы, способных вызывать состояние психической активности, помогающих избавиться от травмирующих переживаний.

С библиотерапией тесно связана терапия литературным творчеством. Оба эти вида психотерапии используют образы, ассоциации для оживления погасших чувств пациента, для того, чтобы превратить внутреннее беспокойство в конкретное, вдохновиться творчеством. Описание семьи, друзей, событий прошлого и настоящего помогает пожилому стать более непринужденным в отношении к внешнему миру. Терапия литературным творчеством может проводиться индивидуально или в группе. При проведении групповых занятий их участники могут обсуждать творчество друг друга, общаться с людьми.

Изотерапия

Терапия художественным творчеством — универсальный психотерапевтический, междисциплинарный (на стыке медицины, психологии, педагогики, культуры, социальной работы) метод, используемый в целях комплексной реабилитации и направленный на устранение или уменьшение нервно-психических расстройств, восстановление и развитие нарушенных функций, компенсаторных навыков, формирование способностей к игровой, образовательной, трудовой деятельности в процессе занятий специфическими, целенаправленными видами творчества. Основной задачей терапии творчеством является восстановление индивидуальной и общественной ценности пожилых, а не только восстановления утраченных функций организма и приобщение к труду. Арттерапия — это реабилитационная технология, основанная на применении средств искусства и используемая психологами, дефектологами, аниматорами, педагогами и другими специалистами в целях реабилитации людей с ограниченными возможностями. Человек, имеющий ограничения в здоровье, через рисунок может выразить свое внутреннее состояние, свои ощущения и переживания. Будучи напрямую связанным с важнейшими психическими функциями — зрительным восприятием, моторной координацией, речью, мышлением — рисование не просто способствует развитию каждой функции, но и связывает их между собой, помогая человеку упорядочить усваиваемые знания, оформить и зафиксировать свои представления об окружающем мире. Рисование может служить и способом решения психологических, личностных проблем (страхи, тревога, неуверенность, одиночество, преодоление негативных переживаний, формирование умелости и уверенности руки, точности движений и др.). Например, по тональному и цветовому решению, ритмике и композиции рисунка, по выбору персонажей, сюжета можно судить о наличии тех или иных проблем в психике и мироощущениях человека. Занятия изотерапией направлены на гармоничное развитие психических функций каждого человека с ограниченными возможностями. Занятия могут быть разнообразны по тематике, форме, методам воздействия, используемым материалам. Для освоения материала и выработки навыков в процессе социокультурной реабилитации можно использовать комплексные методики: занятие рисунком в сочетании с речью, музыкой, светом и др.

Музыкотерапия

В процессе прослушивания музыкального произведения уходит напряжение, снимаются многие негативные чувства. Главными критериями для отбора музыкальных произведений являются: спокойный темп; отсутствие диссонансов и напряженных кульминаций в разработке музыкальной темы; их мелодичность и гармоничность. Музыкотерапия — это технология социокультурной реабилитации, использующая разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности больного, развития его творческих способностей, расширения кругозора, активизации социально-адаптивных способностей. Для реабилитационных целей используется музыка разных жанров, которая иногда выступает не только как самостоятельное средство, но и как дополняющий элемент к основной деятельности (лепка, рисование, театр и др.). Музыка часто соответствует уже имеющемуся настроению или способна менять его в позитивную сторону. Основными задачами коррекционных музыкально-игровых занятий является стимуляция потенциальных возможностей, преодоление трудностей социальной адаптации в соответствии с возможностями пациента. Ввиду того, что двигательная активность под музыку усиливает обмен веществ в организме, повышает общий тонус, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует нервную деятельность, развивает физические способности, музыкальное воспитание с полной уверенностью можно рассматривать как один из важных факторов в процессе реабилитации и социальной адаптации пожилых. Пение обогащает людей с физическими недостатками новыми впечатлениями, развивает инициативу, самостоятельность и одновременно корректирует активность психических процессов. В каждое занятие следует включать музыкально — ритмические упражнения развивающего характера и упражнения для развития отдельных частей тела, способствующие коррекции нарушений ритмичности движений, координации рук и ног, совершенствованию различных видов ходьбы и бега. В структуру музыкального занятия полезно включать упражнения на развитие музыкальных способностей: координацию слуха и голоса, голоса и движений, мимики и жестов, эмоциональной выразительности. Слушание музыки и пения требуют от пожилого человека определенного умственного, физического и психического напряжения. Поэтому

целесообразно постоянно переключать его внимание на разные виды музыкальной деятельности. Игра на погремушках, трещотках, музыкальных молоточках, металлофоне, дудочках связана с развитием мелкой моторики пальцев рук, координацией слуха и движений.

Игровая терапия

Игровая терапия — это комплекс реабилитационных игровых методик. Нередко игротерапия рассматривается как средство для раскрепощения патологических психических состояний человека. Являясь уникальным средством комплексной реабилитации, эта технология может выполнять функции социализации, развития, воспитания, адаптации, релаксации, рекреации и др. При этом травмирующие жизненные обстоятельства переживаются в условном, ослабленном виде. Игротерапия помогает опробовать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности в определенной жизненной ситуации. Именно ролевое поведение отражает психологическое состояние и функциональные тенденции человека. К видам направленной игротерапии относятся: познавательные и развивающие игры, настольные и компьютерные игры, конкурсы, турниры, соревнования, подвижные игры. Любая игра может быть адаптирована к возможностям пожилых путем корректировки соответствующего игрового элемента (облегчение условий игры, сокращение численности участников, времени проведения и т.д.). Участие человека в игре формирует и закрепляет у него устойчивую установку на рациональное, содержательное, целенаправленное использование свободного времени. Для многих людей игра — любимый вид деятельности и общения. Целесообразность использования игры в работе с пожилыми обусловлена тем, что этот вид деятельности и общения является наиболее приемлемым для любого возраста, где человек может свободно выражать себя, освободиться от напряжения и разочарования повседневной жизнью, опробовать себя в конкретной социальной роли, установить общение, овладеть социальными навыками и т.д.

Глинотерапия

Глинотерапия — эффективный способ реабилитации, имеющий в своей основе работу с пластическими материалами (глина, пла-

стилин, тесто и т.п.) Издавна известно о лечебных свойствах глины. Замечено, что гончары, много работающие с вышеуказанным материалом, никогда не имели заболеваний суставов, не знали, что такое отложение солей, гипертония и др. Глина обладает антисептическими, адсорбирующими свойствами. Показателями реабилитационной эффективности глинолечения служат развитие интеллекта, мелкой моторики, овладение навыками профессионального мастерства.

Гарденотерапия

Гарденотерапия — это особое направление психосоциальной, профессиональной реабилитации при помощи приобщения к работе с растениями. Практика показывает, что пожилые люди с удовольствием выращивают растения и ухаживают за ними. Особое эмоциональное настроение, связанное с выполнением необходимой работы, психически успокаивает. Этот вид деятельности имеет ярко выраженную психотерапевтическую направленность, что позволяет использовать его при коррекции поведенческих и эмоциональных расстройств, в восстановительном периоде после перенесенных заболеваний, для улучшения психоэмоционального состояния людей с патологией тех или иных органов и систем. Гарденотерапию можно применять совместно с элементами других технологий социокультурной деятельности — музыка-, изо-, библиотерапией, фото, дизайн, оригами.

Спорт, активный отдых и туризм

Спорт, активный отдых и туризм являются важными факторами в процессе реабилитации и адаптации пожилых людей. Движения, упражнения и спорт поддерживают и восстанавливают физическое и душевное состояние пациентов. Кроме того, у пожилых людей уменьшаются осложнения, вызванные недостатком физической активности. Считается, что туризм более легок для пожилых, чем спорт, и именно туризм становится первым шагом в начале интенсивной и систематической физической активности пациентов.

Очень важна профилактическая и реабилитирующая роль туризма, когда существует кризис адаптации, растет число психосоматических заболеваний, увеличивается число людей

с инвалидностью. Туризм оказывает большое влияние на оздоровление пожилых людей, так как является фактором, противодействующим гипокинезии (мало подвижному образу жизни), которая отрицательно влияет на здоровье и психику. Двигательные ограничения значительно снижают жизненные возможности, служат причиной угнетения, стресса, потери веры в себя. Спорт и туризм создают возможность устанавливать независимые и разнообразные контакты, которые помогают получить уверенную и эффективную жизненную поддержку, так необходимую пожилому человеку.

Люди, вышедшие на пенсию, могут использовать свободное время, участвуя в общественной работе, осуществляя различные социокультурные программы и проекты, в том числе и туристические. Для пожилого человека туризм предоставляет реабилитационные возможности, повышая интерес к жизни и увеличивая жизненную активность. Основными функциями туризма с социальной точки зрения являются: компенсаторная, восстановительная, реабилитационная. Развитие социального туризма, разработка туристских программ с учетом доступности для людей со специальными нуждами — все это создает равные возможности для осуществления права на отдых, для приобщения к культурным ценностям. Туризм становится стилем жизни современного человека, в том числе и многих пожилых людей.

Для эффективного использования туризма в социокультурной реабилитации пожилых людей необходимо соблюдать следующие правила:

- вид туризма подбирается в зависимости от имеющихся физических нарушений и в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, учитывать персональный интерес, желание, финансовые возможности, место проживания, ожидаемые реабилитационные результаты;
- обеспечение безопасности для туристов и окружения;
- программа включает осмотр достопримечательностей;
- наличие некоторой физической подготовки, психологической готовности к трудностям;
- планируемые нагрузки должны быть адекватны состоянию здоровья.

Многофакторное терапевтическое воздействие туризма способствует переключению мышления на оздоровление, когда ситуация

не кажется безысходной, и человек находит решение проблем. Важна и профилактическая роль туризма, когда существует кризис адаптации, растет число психосоматических заболеваний.

Стремление к активным формам проведения свободного времени способствует социальной адаптации, тогда как ориентация на пассивно-созерцательные виды досуга обуславливает понижение общего жизненного тонуса пожилых, допускает углубление их социальной изоляции. Подобная активность способствует переходу их от потребительства к производительной деятельности, к свободе выбора занятий, отвечающих способностям, задаткам и увлечениям человека.

Для правильной организации досуга и отдыха пожилым необходимо выполнить следующие требования.

- Выяснить интересы пожилого человека. Пожилому пациенту нужно помочь определиться в выборе формы досуга, так как многие люди не имеют возможности разобраться в этом вопросе. Не исключено, что в силу своего положения пожилые имеют лишь ограниченные представления о формах свободного времяпрепровождения, их доступности. Прежде чем предлагать пожилому человеку какие-либо мероприятия, следует внимательно изучить интересы пациента, показать ему варианты возможных форм отдыха, посоветоваться с членами его семьи или друзьями пациента.
- Расширить представления об отдыхе пожилого пациента, делясь с ним опытом и обсуждая его проблемы.
- Не ущемлять интересы пациента.
- Оценить прошлые и настоящие интересы и наклонности пациента.
- Определить основные особенности деятельности, выбранной пациентом.
- Определить способы модификации и адаптации пациента, чтобы облегчить его участие в проведении досуга и отдыха.

Основными занятиями пожилых являются физические упражнения, экскурсионный туризм, прогулки, посещение кинотеатров, театров, концертных залов, выставок, чтение книг, просмотр телепередач, встречи с родственниками и друзьями, уход за растениями и животными.

Однако не все виды досуга и отдыха приемлемы для пожилых людей с ограниченной подвижностью. В этом случае нужно

помочь пациенту определиться в выборе формы досуга, внимательно изучить его интересы и наклонности, определить способы модификации и адаптации больного для облегчения его участия в проведении досуга и отдыха. Некоторые формы досуга могут помочь пожилому человеку в восстановлении утраченных функций в результате старости или болезни. Например, составление картинок с использованием мозаики или пазлов развивает внимание, память и мелкую моторику рук, что особенно важно при параличах верхних конечностей. В качестве досуга для лежачего больного можно рекомендовать легкую ручную работу, например, вязание крючком или спицами, вышивание, рисование, написание писем (если больной к этому способен). Часто единственным и доступным для больного видом досуга является чтение, что оказывает лечебное воздействие на психику больного. Просмотр телепередач или слушание радио, особенно музыкальных программ также можно использовать в качестве досуга. Просмотр старых фотографий и воспоминания о прожитой жизни создают доброжелательный микроклимат вокруг пожилого человека, позволяют рассказать о лучших периодах его жизни. Разведение и уход за комнатными растениями является наиболее распространенным и приятным видом досуга для стариков, которые не могут выходить из дома. Мелкие домашние животные, например, птицы или кошки, могут скрасить жизнь тяжелобольного человека. Встречи с родственниками, друзьями, разговоры по телефону являются основными занятиями для больных с ограниченной подвижностью. В качестве досуга можно использовать различные игры. Они помогают в освоении различных знаний и навыков. Игры способствуют развитию координации движений, прививают навыки, необходимые в быту. Для тех, кто вынужден оставаться дома, можно использовать настольные игры (шахматы, шашки), математические, компьютерные игры и др.

Литература

1. Бастрыкина А.В. Туризм в системе реабилитации и социальной интеграции пожилых и людей с ограниченными возможностями. М., 1999.—132.
2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. Медицина. М., 1989.
3. Выготский Л.С. Психология искусства. М., 1965.
4. Всероссийская конференция «Равные возможности для инвалидов: проблемы и государственная стратегия» (3–4 октября 2000 г.). ВОИ–Информ. М., 2001.

5. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». Под ред. А.С.Киселева, А.И.Осадчих, С.А.Леонова. М., 1998.
6. Дорицы–Малер Н.Я. Я – живу. Попытка автобиографии. Пер. с нем. «Траст». Воронеж, 1995.
7. Дуликов В.З. Социальные аспекты культурно–досуговой деятельности за рубежом. МГУКИ, М., 1999.
8. Жарков А.Д. Технология социально–культурной деятельности. МГУКИ. М., 1998.
9. Играйте на здоровье. Материалы Всероссийского фестиваля ведущих игровых программ «Играйте на здоровье» и научно–практической конференции «Адаптация игры к возможностям взрослого и ребенка с учетом степени и вида их инвалидности». Изд. Тюменского ГУ. Тюмень, 1999.
10. Индолев Л.Н. Жить в коляске. М., 2001.
11. Киселева Т.Г., Красильников Ю.Д. Основы социально–культурной деятельности. МГУКИ. М., 1995.
12. Краткий атлас социально–культурных реабилитационных технологий. Сост. Моздокова Ю.С., МГУКИ. М., 2001.
13. Кантор В.З. Воспитательная работа в художественных коллективах со слепыми и слабовидящими участниками. Методическое пособие. ВОС М., 1993.
14. Концепция социокультурной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. Орлова Э.А. с соавт. РИК., М., 1997.
15. Марков А.П., Бирженков Г.М. Основы социокультурного проектирования. СПб., ГУП, СПб, 1998.
16. Правовые, организационные и методические основы социокультурной реабилитации инвалидов (методические рекомендации для бюро МСЭ и базовых учреждений СКРИ). КСЗН Москвы. РИК. М., 2000.
17. Российская энциклопедия социальной работы. Под ред. Панова А.М., Холостовой Е.И. ИСР М., 1997.
18. Сборник нормативно–правовых документов, регулирующих деятельность учреждений и организаций культурно–досуговой сферы в 2–х частях. Минкультуры РФ. ГРДНТ, М., 2002.
19. Социальная работа с инвалидами. Настольная книга специалиста. Под ред. Холостовой Е.И., Осадчих А.И. ИСР М., 1996.
20. Фестивали творчества инвалидов: Опыт и перспективы. Сб. статей. Сост. Ломакин В.И. ВОИ–Информ. М., 2000.
21. Шапошников А.Е. Библиотечное обслуживание инвалидов: история, современность, тенденции. РГБС. М., 1992.
22. Ярошенко Н.Н. Социокультурная анимация. Учебное пособие. МГУ–КИ. Рязанский филиал. М., 2000.

Организация медико-социальной помощи пожилым людям

Э.В. Карюхин

Ситуация в мире

ВОЗ[8] выделяет три типа медицинской помощи пожилым:

- первичная медико-санитарная помощь, включающая методы и приемы доступные каждому человеку в отдельности и населению в целом, традиционное оказание помощи службами здравоохранения;
- первичная медицинская помощь, обеспечиваемая врачом общей практики (не ограничивается только врачебной помощью);
- гериатрическая помощь, контролируемая медицинским специалистом в составе комплексной (междисциплинарной) бригады.

По данным С.Л. Estes с соавт. [38], здравоохранение для пожилых включает широкий круг услуг: острый и хронический уход, амбулаторную, кратковременную и долговременную помощь, социально ориентированную персональную помощь на дому или в общине. Развиваются также альтернативные виды помощи такие, как дневные медицинские и социальные центры. F. Brocklehurst [32] показал динамику роста числа дневных госпиталей в Великобритании: в 1969 г. в стране насчитывалось 90 дневных стационаров, в 1977г. — 302 , к 1995 г. — около 400 гериатрических и, по меньшей мере, 200 психогериатрических дневных госпиталей.

J.Quinn с соавт. [47]сформулировали принципы и подходы к развитию различных видов помощи пожилым:

- обеспечение преемственности различных служб: стационарных, амбулаторных, помощи на дому для нужд пожилых людей;
- развитие необходимых профилактических и поддерживающих услуг;
- развитие интегративных услуг на местном уровне;
- привлечение государственных и частных ресурсов для обеспечения наиболее полного спектра услуг пожилым;
- стремление к экономически эффективным системам услуг, включая профилактические мероприятия, компенсацию нарушенных функций, поддержку независимой жизни дома.

В отношении первичной медицинской помощи D. Callahan с соавт. [34] сообщают, что в Голландии 87.3 % пожилых людей от 65 лет и старше осматриваются врачом общей практики каждые 12 месяцев и имеют в среднем 6—7 врачебных контактов в год; в Великобритании 75% пожилых старше 65 лет осматриваются врачом общей практики 1 раз в год, осмотры пожилых составляют 27% врачебного времени.

В Чехии только 4.8% лиц 65 лет и старше получают амбулаторную помощь, в Голландии — 10%, в Великобритании и Швеции — 7 и 8% соответственно.

В последние десятилетия во многих странах в развитии медико-социальной помощи пожилым делается акцент на продвижение долговременной помощи, определяемой как комплекс мероприятий на длительный период тем пожилым, которые не могут без нее существовать.

По мнению С. Eisdorfer с соавт. [37] услуги долговременной помощи должны пересекать границы между здравоохранением, социальными программами и уходом. В.Е. Fries и соавт. [39]констатировали, что долговременная помощь — это, наиболее быстро растущий сегмент здравоохранения (включая экономические аспекты), с которым мы подступаем к следующему столетию. По мнению Р.Е. Ruskin и Е.Л. Rogers [49], долговременная помощь фокусируется на личности с функциональными нарушениями (и его/ее поддерживающих системах), нуждающейся в поддержании повседневной активности, такой как управление приемом лекарственных препаратов, приготовление пищи, работа по хозяйству.

По данным J. Jenkins и соавт. [41], к 2000 г. в США 85% всей системы здравоохранения будет ориентировано на развитие помощи на дому и амбулаторную службу.

Так, только 5% пожилых людей старше 65 лет в США находятся в домах по уходу, 22% из них лица старше 85 лет.

Значительное большинство пожилых продолжает жить дома, в общине (M.R. Schimer, J.S.Kahana) [51].

Аналогичная тенденция отмечается, например, в Швеции, где за два последних десятилетия произошло снижение числа старых людей, проживающих в домах по уходу; так, в 1980 г. 26% лиц 80 лет и старше пребывали в домах по уходу, в 1991 г. произошло сокращение до 15% , к 1995г. — лишь 5—7% старых людей находились в домах по уходу (G.Sundstrom) [53].

Одновременно проявляется тенденция сокращения койко-дней в больницах, достигая, например, в США в среднем лишь 6.3 дней (M.A. Rosswurm, D.M. Lanham) [48].

Наиболее существенный компонент долговременной помощи — помощь на дому, помощь на уровне общины.

D. Horowitz, D. Shilling [40] определяют помощь на дому, как комбинацию медицинских, социальных, практических услуг, которые обеспечивают потребности пожилых и позволяют им оставаться дома.

Подчеркивается, что эффективная профилактическая медицина, поставляемая на дом, способна значительно снизить потребности пожилых в госпитализации и институализации.

По данным G.M. Tapper [54], M. Popovich [46], услуги помощи на дому — это профессиональная помощь посредством визитов на дом к пациентам, имеющим повышенный риск заболеваемости или повреждения, заболевания, нарушения функций, к терминальным больным и всем нуждающимся в кратко- и долговременной помощи профессиональных работников.

Службы помощи на дому включают:

- визиты персонала на дом;
- инфузионная терапия на дому;
- поставка медицинского оборудования на дом;
- хоспис;
- услуги патронажных работников.

В США потенциальных кандидатов для получения помощи на дому — 28 млн. взрослых с физическими и психическими нарушениями.

Около 20 млн. пожилых старше 65 лет проживают дома с одним из дефектов получения помощи.

По мнению авторов, базовые компоненты службы помощи на дому включают в себя — пациентов, персонал, экономический механизм оплаты услуг и конечные результаты (M.J.Mehlman,S.J.Youngner) [43].

С. Zuckerman с соавт. [55] выделяют два вида помощи на дому — формальную, которая обеспечивается группой профессионалов, работающих в бригаде или отдельно, а также неформальную, обеспечиваемую родственниками, друзьями или соседями.

В помощь на дому входят и широкий круг вспомогательных услуг, таких как доставка пищи на дом, местный транспорт, финансовая помощь, дневные программы на базе медицинских или социальных учреждений.

Полностью зависят от формальной медицинской и персональной помощи только 5 — 10% больных пожилых (M.G. Ory et al.) [45].

Помощь на дому означает так же помощь семье в ее работе по уходу (J.Z.Nassif) [44].

Автор приводит перечень видов медицинской помощи на дому по данным Американской ассоциации госпиталей, который включает:

- медицинскую помощь и наблюдение;
- уход и наблюдение;
- услуги социального работника;
- физиотерапию;
- трудотерапию;
- доступность госпитального ухода;
- контроль питания;
- лабораторные и радиологические услуги;
- речевую терапию;
- ингаляционную терапию;
- услуги медицинской техники;
- вспомогательные и стерильные материалы;
- фармацевтические услуги;
- транспортировку;
- бытовую помощь.

В США профессиональные услуги помощи на дому предоставляют сертифицированные Агентства помощи на дому, которые могут быть частными или некоммерческими. Финансирование их деятельности осуществляют две федеральные программы — Medicare и Medicaid. Агентства реализуют медицинские и реабилитационные программы, включая квалифицированный уход, физиотерапию, речевую и трудотерапию, консультации социальных работников, психологов, диетологов и др. (M.J. Salamon, G.Rosenthal) [50].

В последние годы в службах помощи на дому утвердился метод работы командой специалистов или междисциплинарной командой (Т.С. Алферова и соавт.) [1].

L.W. Kaye [42] сформулировал требования адресованные междисциплинарной команде, работающей на дому:

- интеграция и координация профессионалов;
- преодоление коммуникационных барьеров при использовании профессиональных терминов;
- преодоление социо — экономических и культуральных различий коллектива;
- выявление лидера, «медиатора» и «модератора» в коллективе;
- признание и уважение профессиональных способностей;
- учет проблем профессиональной иерархии;
- уважение различий в квалификации и учет интересов членов команды.

Автор подчеркивает, что практика работы команды в системе помощи на дому сопряжена с риском конфликтов, соревнования и слабой координацией. По мнению R.W.Buckingham [33], развитие помощи на дому ассоциируется с уменьшением использования домов ухода и других аналогичных институтов.

Анализируя зарубежный опыт организации стационарной помощи пожилым, В.Я. Березнев и А.С. Хромов [2] сообщали, что наиболее экономически выгодным оказалось функционирование дневных стационаров, долговременных больниц для престарелых, домов сестринского ухода, отделений подострого ухода и др.

В США количество коек в домах по уходу составляет около 1,7 млн. I.P. Donald и соавт. [36] обобщили опыт организации госпиталя на дому. Команда специалистов состояла из физиотерапевта, трудотерапевта, вспомогательного персонала и координатора.

Средний возраст пациентов составил 81,6 года, более половины из них были одиноки. Команда госпиталя осуществила в среднем 20,6 дней визитов на дом в месяц. Основными диагнозами были инсульты, артрозы, коронарная болезнь сердца, респираторные заболевания, желудочно-кишечные и онкологические заболевания.

Сравнимые данные получены при организации госпиталя на дому в Израиле (J. Stessman et al.) [52]. Группа больных состояла из 741 чел., средний возраст — 77,3 года. Больные находились под наблюдением от 8 до 30 дней. Стоимость визита врача составила 9.25 \$ в день, медицинской сестры — 4\$, трудотерапевта — 1\$, физиотерапевта — 0,9\$, патронажного работника — 0,4\$, социального работника — 0,08\$. При этом стоимость 1-го койко — дня в главном госпитале составляла 262 \$, в гериатрическом госпитале — 113 \$, в госпитале на дому лишь 30 \$. Основными медицинскими показаниями к назначению помощи были: коронарная болезнь сердца, легочные и онкологические заболевания, поражения нервной системы, диабет, кожные заболевания, домашняя реабилитация, артериальная гипертензия, болезни печени и желчного пузыря. Процент престарелых от 80 лет и старше, проживающих в домах по уходу в разных странах несколько различается: 9,7% — Швеция; 11% — Бельгия; 20% — Великобритания; 30% — Голландия (D.Callahan) [34].

Большинство домов по уходу в США относительно небольшие, в среднем на 80 коек. Около 75 % из них — частные, коммерческие, около 15 % — частные некоммерческие, финансируемые этническими, религиозными и благотворительными организациями (M.J.Salamon, G.Rosenthal) [50]. Ряд авторов описывают структуру медико-социальной помощи пожилым на уровне общины (микрорайона) (C.L. Estes et al. [38]; L.W.Кауе [42]). В ней предоставляются такие виды услуг, как помощь на дому, центры дневного пребывания, центры психического здоровья, центры пожилых, хосписы. В США количество дневных центров увеличилось с 300 в 1978 г. до более чем 2000 в 1989 г.

Отмечается, что профессионалы, работающие на уровне общины встречают следующие факторы риска пожилых:

- острые нарушения и расстройства функций, в т.ч. падения. Помощь может оказываться так долго, пока патологический процесс не перейдет в стадию восстановления;
- хронические нарушения — длительные нарушения функциональных способностей или хронические заболевания

(инсульт, коронарная болезнь, артриты). Часто требуется длительный период времени для оказания помощи;

- отсутствие или сниженная социальная поддержка;
- снижение способности выполнять повседневную деятельность;
- психические и когнитивные расстройства;
- травмирующие ситуации — смерть супруга, быстрое или постепенное снижение автономности, изменение местожительства близких или друзей.

В системе мер по медико-социальной помощи пожилым определенное место, по мнению специалистов, занимает и самопомощь (M.G. Ory et al.) [45].

Авторы дают определение ВОЗ понятию самопомощь, согласно которому — это мероприятия, направленные к активизации личности, семьи, к улучшению и поддержанию здоровья, предупреждению и ограничению заболеваний.

По мнению этих авторов, иерархия видов помощи следующая — в основании самопомощь, затем первичная помощь, далее — вторичная и третичная.

Существенную роль в ряде зарубежных стран играют некоммерческие благотворительные организации, обеспечивающие значительную часть жизненно важных гуманитарных услуг пожилым (C.L. Estes et al.) [38].

Авторы приводят данные Hodgkinson и Weitzman, согласно которым в США насчитывалось 1,3 млн. организаций (5,9 % всех организаций страны) некоммерческого благотворительного сектора, включая 350 000 церквей.

Сектор составляет около 8 % всех трудовых ресурсов страны, что эквивалентно 217 млрд \$, в нем трудятся 6 млн. волонтеров или 10,7 % всех трудовых ресурсов страны.

Согласно национальным исследованиям некоммерческий сектор обеспечивает более чем половину (56%) медицинских услуг на местном уровне. С. Davis с соавт. [35] отмечают большой вклад добровольцев, играющих ключевую роль в медицинской и социальной деятельности Агентств помощи на дому для пожилых на уровне общины.

Наиболее важная функция добровольцев — организация поддержки, улучшение повседневной жизни престарелых пациентов.

Геронтологическая помощь в СССР

Основная цель развивающейся гериатрической службы с 50—60-х годов определялась, как поддержание функциональной и социальной независимости пожилых и старых людей с учетом того, что старые люди имеют право на обеспечение их потребностей в долговременном уходе и лечении, как на дому, так и в стационаре, в такой же мере, как и в больничном лечении при острых заболеваниях (Д.Ф. Чеботарев, З.Г.Ревуцкая) [27].

По мнению авторов, предполагалось, что гериатрическая служба должна стать одной из специализированных служб, способствующих совершенствованию, в первую очередь, терапевтической помощи населению страны.

В основу организации гериатрической службы были положены следующие принципы:

- гериатрическая помощь должна быть составной частью общей системы здравоохранения, массовой и доступной;
- медицинская помощь должна быть максимально приближена к населению старшего возраста;
- участковый терапевт должен стать главной фигурой в процессе ведения гериатрических больных;
- комплекс лечебных мер должен быть направлен не только на лечение, но и на максимальное стимулирование и активизацию подвижности больного, способности к самообслуживанию;
- определение конкретных организационных мер и объема медицинской помощи осуществляется дифференцированно с учетом специфики обслуживаемого населения.

Сохраняет актуальность положение Д.Ф. Чеботарева [23] о том, что высокий уровень медицинской помощи пожилым неотделим от уровня социального обслуживания и требует со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения взаимно координированных усилий, а врач, оказывающий медицинскую помощь пожилому и старому человеку, нуждающемуся в социальной помощи, должен способствовать ее организации.

Д.Ф. Чеботарев, З.Г. Ревуцкая [27] приводили данные о структуре, складывавшейся гериатрической службы в СССР.

Основными ее звеньями были гериатрические кабинеты, лечение в стационарах и пребывание в домах-интернатах.

З.Г. Ревуцкая [21] подробно описывала функционирование этапов службы.

Так, гериатрические кабинеты создавались в стране в соответствии с Временным положением о работе гериатрического кабинета и методическим письмом о работе гериатрических кабинетов при городской (районной) больнице, утвержденным в Министерстве здравоохранения в 1962 г.

Сообщалось, что основной задачей гериатрического кабинета являлось обеспечение организационно — методического руководства медицинским обслуживанием лиц пожилого возраста.

Врач кабинета знал численность лиц пенсионного возраста в районе обслуживания поликлиники, имел списки больных, нуждающихся в диспансерном наблюдении, изучал заболеваемость лиц пожилого возраста.

Работники кабинета организовывали семинары, конференции, доклады и лекции по вопросам геронтологии и гериатрии.

В задачу лечебно — профилактической работы кабинетов входила организация лечения и диспансеризация лиц с признаками преждевременного старения.

Нагрузка врача кабинета составляла 30—40 мин. на первичного больного и 15—20 мин. на повторного.

С.П. Шилова [30] приводила данные организации обслуживания пожилых с хроническими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации на базе одной из поликлиник г. Перми, где была установлена взаимосвязь экстренной внебольничной, амбулаторно-поликлинической помощи и помощи на дому.

К регулярным наблюдениям за пожилыми больными привлекались не только участковые врачи, но и врачи пункта помощи на дому, посещавшие пациентов по специально разработанному графику.

Была отработана преемственность между участковыми врачами и врачами пункта помощи на дому. Г.А. Кулкыбаев и соавт. [14], описывали опыт функционирования гериатрической службы в г. Караганде и Карагандинской области.

Согласно авторам, городской гериатрический кабинет проводил работу по организации обслуживания пожилых больных на дому, для чего привлекались организации, где в прошлом работал пациент, а так же школьники.

Г.П. Федыко [29] показал опыт диспансерного наблюдения в поликлинике Института геронтологии АМН СССР в Киеве.

За 15 лет диспансерного наблюдения пациентов пенсионного возраста были апробированы различные формы медицинской помощи пожилым и старым людям. Подчеркнуто, что значительное место в медико-социальном обслуживании этого контингента занимает патронажная работа, создание групп милосердия.

По мнению Н.В. Вержиковской и В.В. Чайковской [3], участковый врач должен больше внимания уделять проведению реабилитационных мероприятий на дому (активная стимуляция двигательных способностей и способностей к самообслуживанию), выработке активной жизненной позиции у больного.

С.Н. Кулешова [13] по данным анализа опроса участковых врачей выявила моменты, препятствовавшие улучшению качества помощи пожилым на дому. К ним, по мнению врачей, относились «затруднения с консультативной помощью на дому врачей узких специальностей и заведующих отделениями, отсутствие системы социально-бытовой помощи престарелым, недостаточная материальная оснащенность поликлиник для организации обследования и лечения на дому (недостаток транспорта, отсутствие передвижной портативной диагностической и лечебной аппаратуры и др.)».

Данные диссертационного исследования И.Л. Нефедовой [20] подтверждают мнение опрошенных врачей. Доля консультаций врачей специалистов на дому пожилых пациентов, согласно автору, составила лишь 33 %; вывод исследователя — консультативно-диагностическая помощь на дому гериатрическим больным организована крайне неудовлетворительно.

Россия: опыт последнего десятилетия

Наиболее прогрессивной формой организации ухода за хроническими больными старших возрастов, нуждающимися в постоянном медицинском наблюдении, по мнению Н.В. Вержиковской и В.В. Чайковской [3], являются стационары на дому.

К работе в таких стационарах привлекались участковые медицинские сестры терапевтического участка, сестры Красного Креста, члены санитарного актива, активисты советов ветеранов.

Авторы считают, что для улучшения работы таких форм оказания помощи пожилым необходимы совместные усилия медицинских и социально-бытовых учреждений, хорошо налаженная работа территориальных поликлиник.

Р.Л. Горенская и Л.А. Горенский [5] сообщали об опыте организации стационара на дому для 60 пожилых больных, в т. ч. с нарушениями зрения и слуха.

Успеху лечения способствовала систематически проводимая работа с родственниками больных.

Из недостатков этой формы оказания медицинской помощи пожилым некоторые исследователи отмечали неполноту охвата стационарами на дому нуждающихся пациентов.

Так, Ю.А. Дроздов с соавт. [6] по данным обследования 1021 преимущественно одиноких лиц пожилого и старческого возраста (95,1% — одинокие) выявили, что стационар на дому был организован для 15,6% обследованных при нуждаемости в нем 50,7% больных.

Патронажные сестры Красного Креста наблюдали 50,6% одиноких пожилых из 73,4% нуждающихся; в уходе во время болезни нуждались 56,3% лиц, получили его только 12,4%.

Авторы делали вывод о необходимости расширения возможностей надомного обслуживания — организации стационаров на дому с привлечением сил патронажной службы Общества Красного Креста.

Неполноту охвата патронажем со стороны сестер Красного Креста подтверждают и данные диссертации И.Л. Нефедовой [20] — доля персонала Красного Креста в патронаже одиноких престарелых составила всего лишь 2,1%; одновременно автор утверждает, что лица, обслуживаемые на дому социальным работником, обращаются за медицинской помощью реже.

Б.А. Толченев и А.П. Исаев [25] показали опыт организации на базе консультативной поликлиники гериатрического участка с обслуживанием 2,5 тыс. пожилых.

Кроме амбулаторной помощи, обеспечивалось надомное медицинское обслуживание.

Каждый четвертый пациент в течение года проходил лечение в стационаре, предоставлялись услуги врача — психотерапевта и юриста поликлиники.

В.Д. Кривцова [12] описала работу районного гериатрического центра в Ульяновске для лечения пожилых с хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения.

Отделение рассчитано на 60 человек, ежегодно в нем проходят лечение до 870 чел.

Специалистами центра осуществляется медикаментозная терапия заболеваний, применяется физиотерапия и лечебная физкультура.

Традиционно в нашей стране гериатрические больные госпитализируются в стационары общей лечебной сети [27].

Однако некоторые стационары оказывают медицинскую помощь преимущественно лицам пожилого и старческого возраста.

Так, по сообщению автора, при Институте геронтологии имелась специализированная клиника на 245 коек.

З.Г. Ревуцкая [21] также сообщала о том, что в Москве, Ленинграде часть больниц обслуживала преимущественно пожилых.

На базе этих учреждений сформировались гериатрические центры, включавшие многопрофильный стационар, поликлинику, диспансер, в некоторых случаях и санаторное отделение.

В настоящее время в Москве функции гериатрических клиник выполняют городская клиническая больница № 60, госпитали ветеранов войн.

В последние годы специалисты сообщают о появлении новых форм госпитального обслуживания пожилых таких, как больницы долговременного ухода, дома и отделения сестринского ухода, стационары кратковременного пребывания, перепрофилирование медицинских коек в социальные в обычных больницах [16,2,22].

В.В. Егоров и В.Н. Селеев [7] приводят данные о работе гериатрического отделения для долговременного лечения на 30 коек на базе госпиталя ветеранов войн в г. Ульяновске.

Из пяти врачей отделения — 3 ставки врача — гериатра, психолог, а так же 20,5 ставок среднего медицинского персонала, штат для ЛФК и массажа.

За 9 месяцев работы отделения, по сообщению авторов, было пролечено 224 больных (из них старше 80 лет — 17 %).

По мнению авторов, подобные отделения необходимы в структуре геронтологической службы наряду с обычными гериатрическими отделениями.

А.П. Савельев [24] показывает опыт организации и работы отделения сестринского ухода на базе сельской участковой больницы.

Отделение рассчитано на 20 коек, длительность пребывания пожилых пациентов — 30 дней. Стоимость 1 койко-дня — 74,1 руб. В отделении работает 1 врач терапевт, 9 медицинских сестер, диетсестра и медсестра — массажист.

Наибольший удельный вес среди пациентов составляет возрастная группа 80—90 лет.

Потребность для района в подобного вида койках, по расчетам автора, соответствует 200.

По мнению И.А. Гехта [24], госпитализация престарелых людей часто обусловлена не медицинскими, а социальными показаниями.

Стационарам престарелые пациенты нередко в тягость, т.к. больницы получают экономический эффект при росте оборота коек, госпитализация же пожилых приводит к увеличению средней длительности пребывания на больничной койке и сокращению ее оборота.

Ряд специалистов [2] отмечают, что в нашей стране, при весьма слабом развитии специализированных больниц для престарелых, организация медико-социальной помощи им в настоящее время остается нерешенной, в результате чего престарелые «блокируют» койки в общих и других специализированных больницах.

В сфере социальной защиты пожилых людей традиционно сложились три основных направления: пенсионное обеспечение, предоставление льгот и социальное обслуживание в стационарных и нестационарных условиях [10,15].

По данным З.Г. Ревуцкой [27], в стране в домах-интернатах для пожилых насчитывалось 330 000 мест.

Функционировали следующие типы домов:

- дома общего типа для лиц способных самостоятельно передвигаться и частично себя обслуживать;
- дома больничного типа для лиц с хроническими заболеваниями, лежащих больных, нуждающихся в постоянном уходе;
- дома для больных с нарушениями психики.

До середины 80-х годов основной и, пожалуй, единственной, формой социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста были дома-интернаты [9].

В 1989 г. сеть интернатов для престарелых и инвалидов в России насчитывала 711 учреждений и 223,5 тыс. мест в них; в расчете на 10 000 всего населения это составляло 15 коек для пожилых и старых людей [17].

Авторы приводят данные 1979 г., когда очередь для устройства в дома-интернаты насчитывала 28 тыс. чел.

В 1993 г. очередь составляла 14 тыс. чел.

Вывод авторов — потребность в домах-интернатах в стране не удовлетворяется.

По другим данным [10], к 1995 г. в стране функционировали более 1000 стационарных социальных учреждений различных типов, в которых проживали 232 тыс. чел.

В.Н. Неверова [19] показала, что ведущими причинами поступления пожилых в дома-интернаты являлись одиночество, невозможность обслужить себя физически и обеспечить материально.

С.И. Федченко [28] сообщал, что в последние годы получила поддержку идея создания учреждений для пожилых малой вместимости на 4 — 6 или 10 — 14 (но не более 50) мест.

Такие стационары открываются по месту жительства нуждающихся в социальном обслуживании пожилых; организуются так же дома (отделения) милосердия для особо тяжелых больных.

По месту жительства социальная помощь пожилым предоставляется центрами социального обслуживания, таких в стране около 1000 [10].

По данным автора, в среднем по России из каждых 10 000 пожилых надомным обслуживанием охвачено 260 чел.

Свыше 900 тыс. одиноких пожилых обслуживаются социальными работниками на дому.

Центры социального обслуживания — это медико-социальные учреждения, предназначенные для временного, дневного пребывания, а так же обслуживания на дому одиноких престарелых граждан [9].

По сообщению автора, на учете в органах социальной защиты более 1 млн. престарелых, нуждающихся в постоянной посторонней помощи.

Из них такую помощь получают 86% граждан.

Поскольку в настоящее время система надомного обслуживания не охватывает достаточно большую часть граждан, в частности с медицинскими противопоказаниями к обычному обслуживанию на дому, в структурах органов социальной защиты стали создавать отделения специализированной помощи на дому.

Эти отделения включают социальных работников и медицинских сестер.

По данным И.Л. Нефедовой [20], социальные работники центров социального обслуживания охватывали помощью лишь 34% всех нуждающихся одиноких пожилых граждан.

С.Г. Киселев [11] показал, что в ряде регионов страны органами социальной защиты и здравоохранения совместно внедряется модель длительного ухода за пожилыми пациентами на дому.

В основе модели — сочетание традиционной службы медико-социальной помощи на дому со специализированными отделениями, обеспечивающими длительный уход.

Новыми формами в практике организации медико-социальной помощи пожилым и старым людям в нашей стране стали за последние годы геронтологические центры [25,22,31].

Так, в г. Нижний Новгород геронтологический центр существует с 1990 г.

Он осуществляет специализированную стационарную помощь, консультативно-поликлиническую и организационно-методическую помощь лечебно-профилактическим учреждениям города и районам области.

Специализация геронтологического центра в Новосибирске — изучение проблем геронтологии, обработка и внедрение в учреждения области методик по обследованию пожилых людей.

Главная задача центра — совершенствование медико-социальной помощи остро нуждающимся пожилым людям.

В 1996 году на базе Самарского областного клинического госпиталя был создан научно-исследовательский институт — «Международный центр по проблемам пожилых»; главные направления в работе института — научные исследования в области прикладной медицины и социальной геронтологии, проведение научно-практических конференций, методическая помощь органам и учреждениям здравоохранения.

Анализ приведенных данных позволяет сделать следующие выводы:

- последние десятилетия в мировой практике организации медико-социальной помощи пожилым делается акцент на развитии долговременных видов помощи;
- большинство старых людей остается жить дома, и это обеспечивает значительный прогресс в развитии комплексной помощи на дому в ряде зарубежных стран;
- службы помощи на дому способны обеспечивать широкий спектр услуг силами междисциплинарных бригад;
- во многих странах существенную роль в деле организации медицинской и социальной помощи пожилым играют некоммерческие благотворительные организации;

- в России имеется значительный опыт и потенциал организации различных форм медицинской и социальной помощи пожилым и старым людям.

Литература

1. Алферова Т.С., Потехина О.А. Основы реабилитологии. — Тольятти. 1995.
2. Алферова Т.С., Кисилев А.Г., Потехина О.А. Реабилитация недееспособных за рубежом. Обзор литературы // Медицинский реферативный журнал. Геронтология. 1990. — № 9. — С.11.
3. Антипенков В.А. Врач, больной и Православная Церковь // Клиническая Геронтология. — 1996. — № 4. — С.63.
4. Безруков В.В., Сачук Н.Н. Группы риска повышенной потребности пожилых и старых людей в социально-бытовой помощи и медико-социальной реабилитации // Второй съезд соц. гигиен. и организ. здравоохран. Украины. Тез. докл. — Киев. — 1990. — С.42.
5. Безруков В.В., Чайковская В.В. Новые подходы к оценке потребностей пожилых людей в медико-социальной помощи и ее эффективности // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.143.
6. Белоконь О.В. Опыт ранжирования проблем пожилых на основе экспертных оценок // Материалы Консульт. межд. сем. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.26.
7. Белоконь О.В. Программа исследований медико-социальных и демографических проблем здоровья пожилых в России (НПО «Медсоцэкономинформ») // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП, 1995. — С.13–14.
8. Березнев В.Я., Хромов А.С. К вопросу организации медико-социальной помощи престарелым в стационаре // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.138.
9. Бичева К.Г. и соавт. Социальная дезадаптация родственников пациентов с паркинсонизмом // Науч.-практ. конф. Тез. докл. — М.: Ньюдиамед, 1996. — С.140.
10. Бондаренко И.Н., Лазарева В. В интересах пожилых людей // Работник социальной службы. — 1997. — № 1. — С.43–45.
11. Бондаренко И.Н. Социально-демографические аспекты проблемы старения населения России и универсальные гуманитарные нормы // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.28–29.
12. Бреев Б.Д. К вопросу о постарении населения и депопуляции // СОЦИС. — 1998. — № 2. — С.62–63.
13. Введенская Е.С. Повозрастные аспекты заболеваемости пожилых // Науч.-практич. конф. Тез. докл. — М.: Ньюдиамед, 1996. — С.143.

14. Введенская Е.С. Самоохранительное поведение пожилых // Сб. стат. и тез. докл. Междун. конф. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.21.

15. Вержиковская Н.В., Ехнева Т.Л. Пути повышения эффективности оказания медицинской помощи пожилым людям на терапевтическом участке поликлиники // Сб. стат. и тез. докл. Междун. конф. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.23, 24.

16. Вержиковская Н.В., Чайковская В.В. Медицинская помощь населению пенсионного возраста на догоспитальном этапе // Второй съезд соц. гигиен. и орг. здравоохр. Украины. Тез. докл. — Киев, 1990. — С.66.

17. Вержиковская Н.В., Чайковская В.В. Особенности потребления медицинской помощи гражданами пожилого и старческого возраста на дому // Первый съезд геронт. и гериатр. УССР. Тез. и рефер. докл. — Киев, 1988. — С.38.

19. Возженников. А.Ю., Даценко С.И. //Сб. стат. и тез. докл. межд. конф. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.222.

20. Вронская М.И. Предмет и задачи духовной реабилитологии. Подбор и подготовка кадров духовных реабилитологов // Материалы Всероссийской науч.-практич. конф. — М.: МИМСР, 1995. — С.6–7.

21. Всесторонняя гериатрическая оценка // Медицинский реферативный журнал. Геронтология. — 1990. — № 5. — С.24

22. Вялых Т.И. Организация стационарной помощи пожилым // Сб. стат. и тез. докл. Междун. семин. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.25–26.

23. Гаптов В.Б. Организация подготовки специалистов для службы медико-социальной реабилитации // Материалы Всероссийской науч.-практич. конф. — М.: МИМСР, 1995. — С.4.

24. Гериатрическая клиника питания: проблемы пищевых нужд у пожилых людей как комплексная проблема: Рефер. сб. / ВИНТИ / Науч. ред. Л.Д.Иткина, Е.Г.Сапрыкина. — М.: РАН, 1997. — № 2. — С.15

25. Гериатрические наблюдения в области Кампания: частота депрессии среди пожилых жителей Кампании: Рефер. сб. / ВИНТИ / Науч. ред. Л.Д.Иткина, Е.Г.Сапрыкина. — М.: РАН, 1997. — № 3. — С.12–13.

27. Гехт И.А. Некоторые проблемы организации медико-социальной помощи пожилым и старым людям в сельской местности // Матер. Консульт. межд. сем. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.92–94.

28. Горенская Р.Л., Горенский Л.А. Из опыта организации медицинской помощи населению старших возрастов на врачебном участке в большом городе // Первый съезд геронт. и гериатр. УССР. Тез. и рефер. докл. — Киев, 1988. — С.59.

29. Гуло Л.Ф. Состояние и задачи развития гериатрии в практическом здравоохранении // Регион. науч.-практ. конф. Тез. докл. — С.-Пб., отв. ред. С.А.Симбирцев. — 1992. — С.3.

30. Давыдовский И.В. Геронтология. — М.: Медицина, 1966. — С.197.

31. Даннинг К. Помощь при подострых состояниях: возможности // Материалы Росс. — америк. семин. — М.: ИММА им.Н.И.Сеченова, 1997. — С.12–15.

32. Дартау Л.А. и соавт. Первый опыт применения диалоговой системы АДИФАР для изучения медико-социальных проблем пожилых (вариант ЭДИГЕРА) // Мат. Конс. межд. сем. — М., МЗМП РФ, 1995. — С.79.

33. Депрессия у болезненных престарелых голландцев: надежность шкалы Zung: Рефер. сб. / ВИНТИ / Науч. ред. Л.Д.Иткина, Е.Г.Сапрыкина. — М.: РАН, 1997. — № 3. — С.12

34. Долгосрочная медицинская помощь лицам пожилого возраста: будущее домов сестринского ухода // Медицинский Реферативный Журнал. Геронтология. — 1990. — № 8. — С.16.

35. Дорогов П.П. и соавт. Психологические аспекты медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста // Сб. стат. и тез. докл. Межд. конф. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.49.

36. Дроздов Ю.А. и соавт. Одинокие лица пожилого и старческого возраста: состояние здоровья, потребности в медицинских услугах и их удовлетворение // Первый съезд геронт. и гериат. УССР. Тез. докл. и рефер. — Киев, 1988. — С.76.

37. Евсюков Ю.М. Старение населения в Европейском регионе как один из важных аспектов современного развития // Материалы Консульт. междун. семина. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.120–121.

38. Егоров В.В. Медико-социальная помощь населению пожилого и старческого возраста // Реферативн. сборник Герон./Гериат. — 1997. — № 2. — С.iii.

39. Егоров В.В. Районный гериатрический центр как эффективная форма медико-социального обслуживания лиц пожилого и старческого возраста // Науч.-практич. конф. Тез. докл. — М.: Ньюдиамед, 1996. — С.147.

40. Егоров В.В., Селеев В.Н. Паллиативное лечение в гериатрии. Отделение для длительного пребывания больных // Вторая междун. науч.-практич. конф. Тез. докл. — М.: Ньюдиамед-АО, 1997. — 173с.

41. Жарков А.П. Организация реабилитации больных с повреждениями органов опоры и движения // Материалы Всероссийской науч.-практич. конф. — М.: МИМСР, 1995. — С.12.

42. Жуков В.А. и соавт. Современные тенденции в изменении возрастнo-половой структуры населения г. Волгограда // Материалы Консульт. междун. семина. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.24.

43. Захарова Н.О. и соавт. Областной центр гериатрии и геронтологии в г.Самаре // Науч.-практ. конф. Тез. докл. — М.: Ньюдиамед, 1996. — С.150.

44. Здоровье пожилых: Доклад комитета экспертов ВОЗ / ВОЗ, Женева, 1992. — С.7, 10–12, 13, 16, 33, 34, 37, 40–42.

45. Исаев А.П., Ларина Г.Н. Некоторые показатели здоровья и медико-социальной помощи одиноким пожилым людям на селе // Сб. стат. и тез. докл. Междун. конф. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.27.

46. Исаев А.П. и соавт. Обращаемость пожилых за скорой медицинской помощью // Науч.-практич. конф. Тез. докл. — М.: Ньюдиамед, 1996. — С.151.

47. Кабалова Л.П. О практике предоставления социально-медицинских услуг на дому и в полустационарных учреждениях государственного

и муниципального секторов социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.110–111.

48. Калининская А.А. и соавт. Перспективы развития скорой и неотложной медицинской помощи в условиях среднего города с высокой численностью лиц старших возрастных групп // Материалы Консульт. междун. конф. — М.: МЗМП, 1995. — 106с.

49. Кан В.М. Сопутствующие заболевания у лиц, состоящих под наблюдением патронажных медицинских сестер // Материалы Науч.-практ. конф. УДН им.П.Лумумбы. — М.: УДН, 1975. — С.32.

50. Карюхин Э.В. Об образовательной программе для персонала патронажной службы Вторая междун. науч.-практич. конф. // Тез. докл. — М.: Ньюдиамед-АО, 1997. — С.176.

51. Карюхин Э.В. О программе комплексной гериатрической реабилитации // Материалы Междун. конф. — М.: РАМН, 1997. — С.213–214.

52. Кательницкая Л.И. Гериатрическая помощь в Ростовском регионе // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.49.

53. К вопросу о реабилитации пожилых и старых людей // Геронтология и Гериатрия. Киев, 1970. — С.381

54. Кирьянова И.И. Реализация федерального Закона «О ветеранах» в сфере здравоохранения на территории Нижегородской области // Сб. стат. и тез. докл. Междун. конф. — Ульяновск: МЗ РФ, 1997. — С.30.

55. Кисилев С.Г. О некоторых концептуальных подходах к организации социальной защиты пожилых людей в Российской Федерации // Материалы Консульт. междун. семин. — М.: МЗМП РФ, 1995. — С.9.

Атрофические деменции у пожилых и старых людей

Р.С. Яцемирская, Л.Н. Хохлова

Сейчас, в начале XXI века есть все основания говорить, что прошедший XX век определил две важные тенденции в развитии современной человеческой цивилизации, о которых в прошлом веке никто не мог даже помыслить и перед которыми практически все страны оказались неподготовленными:

- глобальное старение населения и увеличение продолжительности жизни;
- повсеместное разрушение традиционной многочленной и трехпоколенной семьи.

Не приходится сомневаться в том, что увеличение доли пожилых и старых людей в общей структуре населения и количества лиц особо преклонного возраста, 85 лет и старше, заставляет все страны задуматься над демографической ситуацией и оценивать масштабы медицинской, социальной и правовой помощи, в которой нуждается старшее поколение.

Некоторые демографы высказываются в этом отношении очень категорично. «Демографический переход породил на короткое время возрастную структуру, в которой баланс между поколениями сложился таким образом, что значительно преобладающая часть общества в трудоспособном возрасте с легкостью материально обеспечивала очень небольшую и медленно растущую часть общества в пожилых возрастах посредством межпоколенных социальных трансфертов (налогов). Социальный альтруизм и государственный патернализм “социально ориентированных” государств в значительной степени опирался именно на эти временно сложившиеся в послевоенную фазу экономического подъема

(1945—1965 г.г.) демографические реалии, хотя этот факт редко осознавался политиками и обществом в целом. «Отрезвление» пришло лишь в последние два десятилетия и поначалу было только среди узких специалистов в наиболее развитых странах».

Именно в эти же годы все большую тревогу и беспокойство стал вызывать рост числа психических заболеваний среди населения старших возрастов, увеличение числа лиц с тяжелыми старческими деменциями. Хотя истинный объем потребностей пожилых и старых людей в психиатрических услугах и лечении полностью определить невозможно, тем не менее, большинство исследователей данной проблемы указывают на то, что серьезными психическими расстройствами страдают 5% пожилых людей в возрасте от 65 лет до 80 лет и более чем 20% пожилых людей в возрастной группе старше 80 лет.

Почти все исследователи единогласно свидетельствуют о том, что психиатрическое обслуживание старых людей не ведется должным образом и они не получают необходимой психиатрической помощи. По мнению американских авторов, иногда проходят годы от появления первых симптомов психического заболевания у старого человека до получения им специализированной помощи. Н. Дельпере подчеркивает, что в настоящее время в странах ЕЭС 30 млн. человек страдают от серьезных и длительных заболеваний физического и психического характера, а среди них 10 млн. человек — лица преклонного возраста.

Психическое здоровье — одна из составляющих общего понятия здоровья и может быть индивидуальным и общественным (популяционным).

Индивидуальное психическое здоровье — способность здорового человека в любом возрасте развиваться, совершенствоваться и адаптироваться к изменяющим условиям жизни.

Общественное психическое здоровье — это уровень психического здоровья общества (нации, популяции), характеризующийся распространенностью в нем психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, умственной отсталости, различных форм деструктивного поведения, в том числе суицидального и агрессивного, соотношение между психически здоровыми и больными людьми.

Общеизвестно, что психические заболевания в старости достаточно разнообразны, но в большинстве своем неспецифичны в связи с тем, что старость накладывает особый отпечаток на все физиологические и психические процессы, а также на все

органические процессы в центральной нервной системе. В свою очередь «старческое оформление» получают и различные заболевания, а также все болезни, которые были приобретены в молодом и зрелом возрасте.

Однако старые люди чаще всего не обращаются по собственной инициативе за психиатрической помощью в связи с разнообразными психическими проблемами, так как либо совсем не осведомлены о предоставляемых психиатрических услугах, либо испытывают страх и недоверие, вызванные, вероятно, никогда не преодолимыми предрассудками по поводу психического здоровья. Более того, в большинстве своем старые люди полагают, что старческая деменция и другие психические отклонения — неизбежные спутники старения. Некоторые авторы указывают, что в сравнении с остальным населением лица старших возрастов обращаются к психиатрам в 2 раза реже: 7 посещений на 10000 человек против 16 посещений в группах более молодого возраста, тогда как, вне всякого сомнения, старые люди в большей мере нуждаются в психиатрической помощи.

Как известно, под собственно психическими болезнями (*Mentis alienatio* — сумасшествие) понимают такое изменение деятельности головного мозга, при котором психические реакции резко и грубо противоречат реальным отношениям. В здоровом состоянии решения, суждения, чувства, вызванные внешними побуждениями, находятся в гармонической связи с реальным миром.

Патологическое состояние головного мозга может привести и к легким изменениям психики, без расстройств отражения реального мира и существенного изменения поведения (*Mentis aberratio* — простое отклонение психической деятельности от нормы).

В соответствии со степенью нарушения психической деятельности головного мозга все психические болезни и психические расстройства имеют следующие 3 уровня:

- психотический;
- невротический;
- психопатический.

Психотический уровень — это такое болезненное состояние, при котором больной неадекватно оценивает себя, окружающую обстановку, отношение внешних событий к нему и к его ситуации, сопровождающееся нарушением психических реакций, поведения и дезорганизацией личности. По существу речь идет о психозе. Психоз —

болезненное расстройство психики с возникновением несвойственных нормальной психике патологических явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных и аффективных расстройств).

Невротический уровень расстройств психической деятельности характеризуется сохранностью правильной оценки собственного состояния как болезненного, правильным поведением и наличием расстройств в сфере вегетативных и аффективных проявлений. Некоторые психиатры рассматривают невротический уровень расстройств психики как нарушение произвольной адаптации, другие — как хроническое или рецидивирующее психическое расстройство в виде тревоги, страха, навязчивости, сексуальных нарушений.

Психопатический уровень психических нарушений характеризуется стойкой дисгармонией личности, выражающейся в нарушении адаптации к окружающей среде из-за чрезмерной аффективности и аффективной оценки окружающего. Психопатический уровень психических нарушений может существовать у больного всю жизнь или возникать в связи с перенесенными заболеваниями, при аномалиях развития личности.

Не подвергается сомнению убеждение в том, что в формировании психосоциального статуса человека на разных этапах его взросления основная роль принадлежит личности, темпераменту и характеру, недаром практически все психиатры и психологи относят психические расстройства к заболеваниям личности. Особенно это проявляется в старости. Исходя из данной точки зрения, Ю.И. Полищук выделяет три вида старости:

1. Счастливая старость характеризуется умиротворенностью, мудрой просветленностью мировосприятия и мироощущения, созерцательностью и самообладанием, которая наступает не только в результате накопленного жизненного опыта, но и ослабления влияния аффектов, эмоции на психическую жизнь и развитие витальной (жизненной) астении. Это наблюдается всего в 8 % случаев в возрасте от 70 лет до 90 и старше. Все эти старые люди были гармоничными личностями на протяжении всей их долгой жизни.

2. Несчастливая старость обуславливается повышением уровня личностной тревоги, тревожной мнительности по поводу своего физического здоровья при наличии ряда соматических нарушений, хотя и не очень серьезных, а также по поводу здоровья и благополучия близких. Эта старость свойственна личностям, склонным к частым сомнениям, с неуверенностью в себе, будущем, страхом смерти и наблюдается у 71 % старых людей.

3. Психопатологическая (психотическая) старость проявляется возрастными органическими нарушениями личности, психики и поведения с невротенноподобными, психоподобными, психоорганическими расстройствами вплоть до деменции. Таких старых людей — 21 %. Интересно, что в этой группе старых людей не удалось выделить какого-либо значительного преобладания личностных особенностей, но зато у всех у них обнаруживалась причина психического заболевания — органическое поражение головного мозга, приводящее к деменции (слабоумию).

Около 30 лет тому назад один из основоположников отечественной геронтопсихиатрии Э.Я. Штернберг писал, что «систематизация встречающихся в позднем возрасте психических расстройств представляет очень сложную задачу». Другие известные психиатры высказывали мнение, что для психиатрии старческого возраста вообще не применима система психиатрической классификации, которая основывается на данных, полученных у более молодых больных. Чаще всего используется анатомический признак:

- заболевания с преимущественно психоорганическими проявлениями;
- заболевания с преимущественно не психоорганическими проявлениями;
- острые состояния психической спутанности.

Известный отечественный геронтопсихиатр Н.Ф. Шахматов все психические заболевания, наблюдающиеся в пожилом и старческом возрасте, делил на две большие группы:

- болезни, неспецифичные для старости и регистрируемые во все возрастные периоды: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, неврозы, психопатии, травмы, опухоли головного мозга и другие, как эндогенного, так и экзогенного происхождения. Эти заболевания, начавшись в более раннем возрасте, сопровождают больного до самой старости, но могут впервые проявляться в позднем возрасте;
- собственно возрастные психические заболевания позднего возраста, не наблюдающиеся в более молодые возрастные периоды. Эти психические заболевания являются либо следствием органического поражения головного мозга, либо являются специфическими реакциями на особом возрастном органическом фоне.

В данном случае внимание будет сосредоточено именно на второй группе психических расстройств, прежде всего потому, что как показывают исследования последних лет, среди населения старших возрастов отмечается постоянный рост числа психических заболеваний, сопровождающихся деменцией. Более того, некоторые геронтопсихиатры говорят уже о том, что рост деменций в старческом возрасте приобретает характер эпидемии.

Увеличение лиц старших возрастов в общей структуре населения и особенно очень старых, которые представляют собой группы выраженного риска, как в отношении физической беспомощности, так и наличия самых различных психических нарушений, поставило задачу ухода за старыми людьми на одно из самых первых мест. В 1998 г. ООН, определяя основные темы исследований в области старения, наиболее выраженный интерес проявила к теме «Долгосрочный уход за пожилыми и их институализация». Эта тема включала в себя вопросы медицинского (в том числе и психиатрического) обслуживания, а также повседневного ухода за пожилыми по месту жительства.

И здесь обнаружилась вторая, может быть, самая отрицательная тенденция в развитии человеческой цивилизации, которую оставил ушедший XX век. Оказалось, что «традиционно интегрированное семейство прошлых веков вплоть до начала 20 века уже представляет большую редкость», на смену ему пришла простая нуклеарная семья, «атомизированное общество». В специализированной литературе последнего 50-летия все чаще стали появляться утверждения, что в современном мире семья вообще разваливается, она становится малочисленной, состоит из родителей и несовершеннолетних детей, которые, вырастая и женившись, образуют новую семью, оставляя родителей доживать свою жизнь в одиночестве. Кроме того, утверждается, что женатые дети все меньше хотят и могут оказывать своим одиноким родителям материальную помощь, не говоря уже о физическом уходе за ними. О. Осколкова, анализируя ситуацию в странах ЕЭС, подчеркивает, что такова повсеместная тенденция, хотя по масштабам и по времени, в разных странах существуют определенные различия. По ее мнению, природа семейных отношений меняется, тенденция разобщения членов семьи разных поколений не вызывает сомнения и трансформация семьи в высшей степени неблагоприятна для старшего поколения. В свою очередь известно, что только 25 % старых людей желают жить совместно с

семьями своих взрослых детей, причем в основном это больные и беспомощные, которые не имеют сил или средств к самостоятельному существованию.

Для всех стран очень важным является соотношение государственной (формальной) и неформальной (родственники, общественная и конфессиональная благотворительность) составляющих в организации ухода за старыми людьми. Это связано с тем, что, проявив заботу о пожилых и считая ее приоритетной в своей социальной политике, государство оказалось не в состоянии справиться со всеми проблемами, когда старшее поколение становилось все многочисленнее в общей структуре населения. В свою очередь несостоятельность государственной системы здравоохранения проявляется в том, что все внимание сосредоточено на более или менее приемлемом физическом уходе, оказании медицинской помощи в самых неотложных случаях, оставляя потребности старых людей в психиатрическом обслуживании и помощи на втором плане.

С другой стороны, все большее распространение получает мнение, что одной из причин, обуславливающих трудности в обеспечении психического здоровья и профилактике старческих деменций, является малочисленность специалистов, имеющих профессиональную подготовку, необходимую для ухода за этой категорией старых людей, и заинтересованных в данном виде работы. В свою очередь общеизвестно, что все более распространяется негативное отношение со стороны медиков и психиатров к старым людям и отсюда — ограниченность доступности психиатрических услуг и ухода. Актуальным в настоящее время является высказывание выдающегося советского геронтолога И.В. Давыдовского, сделанного почти 40 лет тому назад, «диагноз старческое слабоумие, как и старческий маразм», «старческий кретинизм» часто является «неряшливым» диагнозом, который ставится на ходу, без серьезного исследования. Однажды поставленный диагноз старческой деменции оказывается в дальнейшем неустранимым. Наш современник академик РАМН и РАН А.И. Воробьев в одном из своих выступлений заявил: «Мне представляется, что уровень санитарной культуры в нашей стране сейчас резко упал по сравнению с тем, что было при Советской власти. Негласно, но существует возрастной лимит для госпитализации. Прямо в лоб могут сказать: а что вы хотите в семьдесят-то лет? Вы хотите быть здоровым? Это стало какой-то патологической нормой поведения».

Согласно докладу ВОЗ (1990), в котором приводились данные о 48 наиболее распространенных в мире заболеваниях, психическими расстройствами на то время было поражено более 200 млн. человек всех возрастов, а между тем в большинстве стран мира и тогда и сейчас ощущается острая нехватка специалистов — психиатров для оказания специализированной помощи. В этом контексте интерес представляют данные, полученные в США еще в 1978 г., и которые свидетельствуют о том, что в системе служб психического здоровья только 9,5 % составляли психиатры, 27,6 % — дипломированные медицинские сестры, 18,3 % — социальные работники, 10,7 % — психологи. Главным же явился вывод, что особую значимость в данной медицинской области имеют профессиональные медицинские сестры, имеющие разрешение на медицинскую практику, и специально обученные сиделки.

Известно, что до середины XX века обучение среднего медицинского персонала уходу за психическими больными проводилось непосредственно в психиатрических клиниках и зависело от условий и подходов, преобладающих в соответствующих лечебных учреждениях. В этих психиатрических клиниках стремились обеспечить постоянный приток квалифицированного медицинского персонала в соответствии с потребностями учреждения, где в процессе работы медицинские сестры обучались основам психиатрической помощи и ухода за психическими больными.

Введение изучения медсестринской психиатрической помощи в качестве специализации, приобретаемой по окончании базового общего курса, началось в конце 40-х годов в США и было обусловлено тремя социальными факторами:

- накопление новых знаний, относящихся к данной области;
- технический прогресс;
- реакция на нужды и запросы общества.

Программа обучения включала участие среднего медицинского персонала в формировании геронтологической политики государства по укреплению психического здоровья; изучение биологических основ поведения; социальной психологии; социологии, нормальной физиологии, и, конечно, психиатрии, а вся деятельность медицинских сестер должна была базироваться на гуманистическом, холистическом (целостном) подходе к оказанию помощи, как глубинной сути их профессиональной практики.

За последние 20 лет, по мнению ВОЗ (1999) во всем мире «традиционная роль психиатра как центральной фигуры в предоставлении психиатрического обслуживания меняется». Четкие диагностические методы и критерии, описанные в DSM-III-R и МКБ-10 внесли огромный вклад в унификацию диагноза во всем мире и позволили их использовать там, где консультация психиатра недоступна. В свою очередь их успешно можно использовать для обучения медицинских сестер методике диагностирования психических нарушений, а компьютерные интервью людей всех возрастов по поводу их здоровья, в том числе и психического, воспринимаются нередко более благоприятно, чем непосредственный контакт с психиатром. Роль психиатров в таких случаях может быть сведена лишь к рассмотрению сомнительных и сложных, проблематичных случаев либо к проверке и подтверждению компьютерного диагноза. Так или иначе, но психиатры уже не будут нести единолично исключительную ответственность за диагностику в психиатрии. Уже сейчас, по данным ВОЗ, психиатры непосредственно отвечают только за одного из пяти пациентов.

Все изложенное представляется актуальным и для Российской Федерации начала XXI века, где радикальные крупномасштабные перемены в стране не могли не оказать пагубное влияние на психическое состояние ее населения. Об этом более чем наглядно свидетельствует рост психической заболеваемости с 1991 г. по 2001 г. почти на 50 %. Нужно признать, что в этом повинны не столько последствия социально-экономического кризиса, сколько разрушение всей структуры здравоохранения, разгром терапевтической и реабилитационной возможностей психиатрической службы, которая практически оказалась на грани исчезновения. К 2001 г. частота самоубийств повысилась до 39,6 на 100 000 населения, тогда как в 1990 г. она была 26,4 на 100000 населения, критический уровень, установленный ВОЗ, составляет 20 на 100 000 человек.

В 1993 г. был принят новый закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в результате чего была изменена система учета и наблюдения за психическими больными, порядок психиатрического освидетельствования и госпитализации в психиатрические больницы.

Итак, конец XX века принес повсеместное понимание того, что помощь людям, страдающим психическими заболеваниями требует не только научного, междисциплинарного, но и нового организационного подхода, позволяющего встроить в государ-

ственную структуру здравоохранения целый комплекс услуг, необходимых для данной категории населения. Именно с этих позиций можно рассматривать медицинских сестер, имеющих специальную подготовку в области психиатрии, как единственных профессионалов данного профиля, которые круглосуточно несут ответственность за пациентов в условиях психиатрических учреждений, а также оказывают первичную психиатрическую помощь и наблюдают за результатами лечения вне стационаров и в домашних условиях.

С учетом того, что основная масса пожилых и старых людей с различными формами органических деменций остаются вне поля зрения психиатров и практически не получают необходимую им психиатрическую помощь, есть основание полагать, что медицинские сестры, получающие еще более узкую специализацию, геронтопсихиатрическую, в значительной степени смогут удовлетворять потребности населения старших возрастов в психиатрическом обслуживании.

Известный советский геронтолог В.В. Фролькис писал, что «старость тихо и незаметно подкрадывается к человеку. В общей довольно пестрой картине изменений, развивающихся при старении, особое значение имеют сдвиги в психике, поведении человека, изменения в отношении к окружающим событиям. Критическая оценка этих сдвигов делает их порой мучительными для человека, а некритическое отношение к ним — неприятно для окружающих». В этом высказывании известного геронтолога отражен основной симптом дементирующих органических заболеваний головного мозга — неосмысление старыми людьми, происходящих с ними психических изменений.

Э.Я. Штернберг выделял две большие группы психических заболеваний головного мозга, обусловленных разным характером органического поражения головного мозга:

- атрофические процессы;
- сосудистые заболевания.

В свою очередь в группе атрофических заболеваний головного мозга выделяются две подгруппы по возрасту манифестации (начала):

- предстарческие, пресенильные, то есть возникающие в возрасте 50—55 лет и даже ранее;
- старческие (сенильные).

Первую подгруппу составляют так называемые пресенильные деменции: болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона и болезнь Паркинсона, последние три болезни относят еще к группе системных атрофий головного мозга, или наследственно-дегенеративных заболеваний, которые манифестируют в разные возрастные периоды и сопровождаются не только психическими нарушениями, но и неврологическими расстройствами.

Во вторую группу относят старческую, сенильную деменцию и болезнь Альцгеймера. Тот факт, что болезнь Альцгеймера относят сразу в две группы атрофических заболеваний головного мозга объясняется довольно сложным характером этого заболевания, с одной стороны, а с другой, — в какой-то мере до настоящего времени неоднозначными взглядами на нозологическую самостоятельность данной формы атрофии головного мозга.

Многие психиатры считают, что в диагностике психических заболеваний у старых людей существуют значительные расхождения, которые наблюдаются даже при органических деменциях, при которых более всего совпадают диагностические критерии. По данным некоторых авторов, расхождение диагнозов при органических деменциях составляют от 1,1 % до 5,7 %. Однако, большинство психиатров вообще считают, что провести при жизни клиническую диагностику пресенильных деменций невозможно и объединяют все атрофические заболевания головного мозга в одну деменцию болезнь — Альцгеймера, которая в последние десять лет стала чуть ли самой известной во всей психиатрии благодаря бывшему президенту США Рейгану, который сам сообщил американской общественности о своем психическом заболевании. Нужно сказать, что увлечение и охлаждение болезнью Альцгеймера в США прослеживаются на всем периоде изучения атрофии головного мозга, но самые авторитетные наши отечественные психиатры (С.Г. Жислин, Н.Ф. Шахматов, Э.Я. Штенберг, Ю.Е. Рахальский и др.) всегда отстаивали нозологическую самостоятельность перечисленных деменций, обосновывая свою точку зрения именно присущим каждой из них клиническим своеобразием, стереотипом развития, наличием свойственных каждой из деменций корковых и других неврологических симптомов в сочетании с прогрессирующим слабоумием.

Важно отменить многообразие психических расстройств при заболеваниях, которые имеют один общий исход — деменцию. Нельзя подходить упрощенно, поддаваясь влиянию какой-либо

одной научной идеи или научного подхода к трактовке тех или иных микро — макро морфологических и других находок. В свою очередь клиническое своеобразие данных деменций предстарческого и старческого возраста в значительной степени обуславливает и особенности ухода за этими больными.

Однако невозможно отрицать и того, что в целом все эти заболевания имеют общие клинические и биологические характеристики:

- медленный, малозаметный и постепенный характер начала заболевания;
- хроническое и неуклонно прогрессирующее течение;
- необратимость болезненного атрофического процесса, обуславливающая неблагоприятность прогноза;
- появление на разных этапах заболевания различных неврологических симптомов;
- общий всем формам характер основного морфологического процесса атрофия головного мозга разной степени и топики.

Психиатры XIX века называли все психические заболевания в старческом возрасте сенильной деменцией, старческим, сенильным психозом подчеркивая тем самым прямую связь прогрессирующего распада психической деятельности и развитие тотального слабоумия именно с глубокой старостью. Нужно отметить, что это атрофическое заболевание головного мозга и до настоящего времени многими рассматривается как завершающий этап физиологического процесса старения, неизбежный при очень долгой жизни.

Средний возраст начала заболевания 70—78 лет и старше, исследования показали, что сенильная деменция может впервые быть обнаружена у долгожителей, т.е. после достижения 90 лет и старше. Чем в более позднем возрасте начинается сенильная деменция, тем благоприятнее она протекает.

Начало сенильной деменции очень незаметно, постепенно и практически диагностировать это заболевание на самых ранних этапах не представляется возможным потому, что между физиологическим психическим старением и проявлениями органической деменции в старости имеются лишь количественные различия. Более того, разнообразные психические изменения, которые описываются как проявления психического физиологического

старения, по существу не отличаются или отличаются только по степени выраженности от психопатологических феноменов, которые возникают как симптомы начальной стадии атрофического процесса. Обычно подозрение на заболевание возникает тогда, когда происходит сенильная перестройка личности, когда происходит карикатурное заострение характерологических особенностей в виде так называемой сенильной психопатизации: ригидность и огрубение личности, сужение круга интересов, нарастающая шаблонность взглядов и высказываний, нарастание эгоцентризма, угрюмое и мрачное настроение, недоброжелательство и настороженность в отношении близких, подозрительность. И в то же время снижение критики, легковёрность, повышенная внушаемость, расторможенность низших инстинктов, прожорливость, склонность к половым перверзиям, бродяжничество, попрошайничество, собирание всякого хлама и т.п. Именно эти личностные изменения являются возможным диагностическим критерием сенильной деменции. В это же время наблюдаются и различные психотические состояния, чаще всего представленные бредом преследования, ущерба, воровства; какой-либо стойкой систематизации бредовых переживаний нет, а сама фабула крайне примитивна и довольно быстро распадается, и вскоре больные просто забывают свои бредовые подозрения.

Центральное место в развитии заболевания занимают расстройства памяти, которые развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии, установленным еще французским психологом Рибо в 1881 г.: от более сложного, поздно приобретенного и менее закрепленного, к рано приобретенному, более организованному и автоматизированному. Нарушения запоминания приводят к фиксационной амнезии, которая приводит к амнестическому дезориентированию в хронологии и во времени, а затем в окружающей обстановке, и, наконец, — в собственной личности.

Одним из наиболее ранних признаков прогрессирующей амнезии является агнозия (не узнавание) пальцев рук: больная самостоятельно назвать пальцы рук не может, но правильно показывает при назывании их исследователем. Постепенно происходит полное опустошение памяти и на выраженной стадии больные уже не могут дать о себе никаких сведений, полная аутопсихическая дезориентировка, крайним выражением которой является симптом зеркала — больные не узнают своего отражения в

зеркале. Провалы в памяти заполняются вымыслами — конфабуляциями, в которых отражаются разорванные воспоминания о прошлом и собственной личности в далеком прошлом. Наряду с этим возникают ложные узнавания: больные узнают в окружающих своих давно умерших родственников, происходит “сдвиг в прошлое”, а внешнее поведение больных соответствует этому уходу в прошлое, что было названо С.Г. Жислиным “старческим делирием”. По мере развития заболевания угрюмо-мрачный аффект иногда даже с депрессивными высказываниями сменяется благодушно-бессмысленной эйфорией. На этом этапе сомнений в диагнозе, как правило, не возникает. Больные полностью забывают свои прежние бредовые переживания, болтливости, псевдодеятельности, нарушается формула сна: днем спят или пребывают в дремотном состоянии, а ночью, напротив, бодрствуют, бродят по квартире или палате, собирают вещи в узлы, “собираются в дорогу”. По мере нарастания деменций происходит полный разрыв между мышлением и речью, которая становится бессодержательной, лишенной смысла болтовней, но полного распада речи не бывает. В терминальной стадии больные становятся прозорливыми, неряшливыми и неопрятными, нарастает физическая беспомощность, в стадии маразма — обездвижены, лежат в эмбриональной позе, по существу это — “вегетативный образ жизни”.

Из неврологической симптоматики у больных сенильной деменцией отмечается лишь сенильный тремор, сопровождающийся изменением почерка, старческой походкой, которая становится шаркающей, семенящей.

Прогноз заболевания определяется как прогрессирующим распадом психики, так и общим старческим одряхлением, к которому присоединяются различные соматические заболевания, эндокринные нарушения, которые в конце концов приводят к смерти.

Болезнь Альцгеймера — развивающееся преимущественно в предстарческом возрасте атрофическое заболевание головного мозга, которое сопровождается нарушениями высших корковых функций и приводит к тотальному слабоумию — афато-апракто-агностической деменции. Оно впервые было описано психиатром А. Альцгеймером в 1907 г. у 51-летней женщины. Заболевание отличается достаточно выраженным постоянством стереотипа развития и особой устойчивостью к различным экзогенным факторам. Заболевание начинается исподволь, незаметно и неуклонно прогрессирует.

Выделяют два варианта этой атрофической деменции:

- с началом в пресенильном возрасте и относительно быстрым развитием всего стереотипа клинической картины и ранним присоединением очаговых неврологических расстройств;
- с началом в раннем сениуме (65—70 лет) с продолжительным инициальным (начальным) этапом и более поздним присоединением очаговой симптоматики.

Центральное место в клинической картине болезни Альцгеймера занимает распад памяти, который также следует закономерностям прогрессирующей амнезии. Нарушение запоминания и возможности усвоения новых знаний и опыта в сочетании с прогрессирующим распадом прошлых запасов памяти являются фоном, на котором развиваются расстройства внимания, осмысления и восприятия окружающего. Все очаговые расстройства постепенно вырастают из забывчивости, нарушения внимания: больные постепенно забывают привычные навыки, “разучиваются” выполнять привычные и даже автоматические действия, ничего не могут делать — полная апраксия; разучиваются разговаривать — полная афазия. В дальнейшем присоединяются расстройства и полный распад высших корковых функций: письменной речи — аграфия; чтения — алексия; счета — акалькулия; расстройства восприятия пространственных отношений и оптического внимания — агнозия.

Вместе с тем больные довольно долго сохраняют личностные обязанности, чувство измененности, собственной неполноценности и адекватное эмоциональное реагирование на болезнь. Поэтому у больных с болезнью Альцгеймера часто обнаруживаются различной степени выраженности депрессивные расстройства, своеобразная растерянность. Часто наблюдающиеся состояния психической спутанности, психомоторного возбуждения ухудшают не соматическое состояние, а свидетельствуют об усилении прогрессирующего процесса.

На поздних этапах заболевания развиваются эпилептические припадки, обычно единичные. В это время наблюдаются различные подкорковые расстройства: самые разнообразные гиперкинезы. В терминальной стадии болезни наряду с тотальным распадом психической деятельности и полной беспомощностью у больных отмечаются резкое повышение мышечного тонуса с вынужденной эмбриональной позой, кахексией, эндокринные нарушения в виде

маскулинизации у женщин, насильственные гримасы плача и смеха, хватательные и оральные автоматизмы.

При болезни Альцгеймера наблюдается тотальное разрушение всей психической деятельности человека, что делает именно эту атрофическую деменцию самой злокачественной и самой тяжелой. С другой стороны, только при болезни Альцгеймера в полной степени и последовательно разворачивается стереотип развития атрофии головного мозга.

Болезнь Пика — прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, развивающееся в пресенильном возрасте и проявляющееся в постепенном развитии тотального слабоумия, характерными нарушениями высших корковых функций и неврологическими расстройствами.

Впервые это заболевание было описано в 1892 г. пражским психиатром А. Пиком.

Средний возраст, в котором начинается заболевание — 50—56 лет, в старческом возрасте заболевание начинается крайне редко. Заболевание обычно протекает незаметно, развитие болезни постепенное, медленное, но в литературе описаны случаи очень острого развития всего стереотипа заболевания.

Главной отличительной особенностью болезни Пика является развитие уже на самых ранних этапах заболевания глубоких личностных изменений. В то же время функции интеллекта (запоминание, репродуктивная память, внимание, ориентировка) и автоматизированные формы психической деятельности (счет, письмо и др.) нарушаются относительно медленно.

Изменения личности на начальной стадии заболевания зависят от локализации атрофического процесса:

- при атрофии лобных долей наблюдаются бездеятельность, вялость, апатия и безразличие, эмоциональная тупость, аспонтанность. На этом фоне постепенно прогрессирует оскудение речевой, психической и двигательной активности, рано выступают стереотипы речи и поступков. Нередко в этих случаях возникает подозрение на опухоль или травму головного мозга;
- при атрофии в орбитальной (базальной) коре развивается псевдопаралитический синдром, который характеризуется постепенной утратой чувства дистанции, такта, нарушением нравственных установок, расторможенностью низших влечений, эйфорией, экспансивностью, а иногда и

импульсивностью, выявляются грубые нарушения мышления (суждения, обобщения, умозаключения) при отсутствии грубых нарушений памяти и ориентировки.

Нужно отметить, что нарушения памяти обычно на начальных этапах “кажущиеся”, в основном обусловлены безучастностью и аспонтанностью, больные просто “не хотят отвечать на вопросы”. По мере развития болезненного процесса клиническая картина приближается к тотальному слабоумию, то есть разрушается память, нарушается ориентировка, но даже на самых поздних этапах заболевания порой удивительно долго сохраняются некоторые виды элементарной ориентировки или остатки способности к запоминанию.

Очаговые кортикальные расстройства — обязательные проявления болезни Пика. Нарушения речи выявляются уже на самых ранних этапах заболевания, причем это, прежде всего постепенное обеднение речи и появление речевых стереотипий. При поражении лобных долей — своеобразное нежелание говорить, вплоть до полной речевой аспонтанности; интересно, что при этом на более поздних этапах у таких больных обнаруживается насильственное говорение или пение. Могут наблюдаться амнестические и сенсорные афазии. Очень часто наблюдается эхолалия, т.е. повторение услышанных слов или последних слов вопроса и т.д. Довольно часто увеличивается удельный вес речевых стереотипов, “стоячие обороты”, “синдром граммофонной пластинки”, стереотипии письма, но выраженных расстройств моторной деятельности, и праксиса, не наблюдается.

Психические расстройства встречаются довольно редко, на ранних этапах заболевания, чаще всего это неразвернутые бредовые идеи, галлюцинаторно-бредовые расстройства, которые по мере развития деменций превращаются в стоячие обороты, теряя какую-либо смысловую нагрузку. При псевдопаралитическом варианте отсутствуют бредовые идеи величия. Нужно отметить, что полная тотальная деменция при болезни Пика развивается довольно быстро.

Эпилептических припадков, как правило, не бывает, но неврологические расстройства чаще всего представлены паркинсоноподобным синдромом, экстапирамидными гиперкинезами.

Исходное состояние при болезни Пика характеризуется глобальной деменцией с тотальным распадом речи, праксиса, узнавания, развитием маразма и беспомощностью. Прогноз болезни неблагоприятный.

Хорея Гентингтона — прогрессирующая хроническая наследственная хорея. Это форма атрофически-дегенеративного заболевания головного мозга, которая возникает в среднем и пожилом возрасте, проявляется генерализированными хореатическими гиперкинезами и другими неврологическими расстройствами и сопровождается различными психическими нарушениями. Заболевание было впервые описано в 1872 г. англичанином Гентингтоном, который и определил его наследственный характер.

Средний возраст к началу клинически выраженного заболевания — 44–47 лет. При хорее Гентингтона нет выраженного стереотипа развития болезни.

На начальных этапах заболевания наблюдаются отклонения в поведении психопатического характера. Они могут быть представлены тремя основными типами личностных аномалий:

- возбудимые, взрывчатые, злобные, стеничные, эпилептоидные;
- истерические, капризные, склонные к театральному поведению, аффективно лабильные;
- замкнутые, аутистичные, эмоционально холодные, шизоидные.

В период развернутых проявлений заболевания стеничные, эпилептоидные черты усиливаются, в то время как истерические, напротив, сглаживаются. На более поздних этапах заболевания стираются личностные особенности больных, и развивается выраженное эмоциональное притупление с преобладанием благодушно — эйфорического настроения. Обычно заболевание прогрессирует сравнительно медленно, причем оно не всегда бывает тотальным, иногда развитие деменций надолго приостанавливается, что сообщает хорее Гентингтона относительную доброкачественность развития слабоумия. Некоторые больные могут долго или постоянно оставаться вне больницы и выполнять несложную привычную работу. Деменция при этом заболевании отличается долго сохраняющейся способностью обслуживать себя в домашней обстановке и явной интеллектуальной несостоятельностью в ситуациях, требующих продуктивной умственной работы (осмысление новых задач, понятийное мышление, обобщение, приобретение новых навыков и т.п.).

Другой характерной особенностью хореатической деменции является выраженная неравномерность умственной нетрудоспо-

способности. В ее основе лежат грубые нарушения внимания и непостоянство установок больных, в результате чего они легко теряют направление и цели мыслительной деятельности. Мышление больных хореей Гентингтона производит впечатление “скачкообразного” в связи с постоянной отвлекаемостью; при этом обнаруживается внешнее сходство между ходом мышления и гиперкинезами, но такие особенности характерны лишь для ранних этапов хореатического слабоумия.

По мере прогрессирования заболевания усиливается общее оскудение психической деятельности, снижается, а затем утрачивается психическая и речевая активность, наступает эмоциональное притупление, появляются нарушения запоминания и признаки разрушения запасов памяти, расстройства ориентировки и т.п.

Деменция при хорее Гентингтона характеризуется отсутствием явных нарушений высших корковых функций, т.е. афатических, апрактических, агностических расстройств. Расстройства моторной речи определяются всецело гиперкинезами речевой мускулатуры, реже бывает “нежелание” говорить.

Психические синдромы встречаются наиболее часто. На ранних стадиях, иногда даже еще до появления гиперкинезов, наблюдаются психореактивные расстройства, полностью определяемые преморбидными особенностями больных: истерические, псевдодементные, дисфорические. Для начального этапа также характерны депрессивные состояния: мрачно-угрюмые, ипохондрические, дисфорически-раздражительные или вяло-апатические. В первые годы заболевания также часто бывают бредовые расстройства, мало разработанные и слабо систематизированные идеи ревности, преследования или отравления. Но идеи ущерба практически не встречаются. На более поздних этапах заболевания всегда обнаруживаются экспансивные бредовые расстройства, нелепый бред величия. Иногда бред ревности переходит в бред величия и всемогущества. Отмечаются своеобразные галлюцинаторные расстройства в виде тактильного галлюциноза с мучительными, эмоционально крайне неприятными болевыми ощущениями.

Неврологические расстройства при хорее Гентингтона чаще всего исчерпываются генерализованными хореатическими гиперкинезами с относительно медленным темпом хореатических подергиваний со сравнительно небольшой амплитудой и относительно продолжительными интервалами, торсионными

и атетоидными движениями и относительно малой напряженностью мышечной гипотонии.

При хорее Гентингтона часто наблюдаются так называемые стационарные формы заболевания, при которых, несмотря на более или менее развернутую симптоматику, заболевание затягивается на десятилетия, не достигая терминальной стадии. Больные умирают в старости от интеркуррентных заболеваний. Но все-таки в основном хорея Гентингтона характеризуется прогрессивностью болезненного процесса, которая приводит больных к смерти в состоянии тотальной деменции и маразма. В терминальной стадии хореатические гиперкинезы, как правило, уменьшаются или прекращаются.

Прогноз заболевания в целом неблагоприятный, но в связи с малой прогрессивностью, возможностью относительной временной стабилизации болезненного процесса прогноз в каждом случае устанавливается индивидуально.

Болезнь Паркинсона — (дрожательный паралич) — это дегенеративно-атрофическое заболевание экстрапирамидной системы головного (черной субстанции) было названо в честь врача Паркинсона, впервые описавшего его в 1817 году.

Средний возраст заболевания — 50—65 лет и болезнь отличается хронически-прогрессивным течением.

Болезнь проявляется в основном неврологическими расстройствами: характерным дрожанием — тремор в покое, гипертонически-акинитическим синдромом, т. е. повышением мышечного тонуса, скованностью, бедностью движений, нарушением походки (брадибазия) и вегетативными расстройствами.

Психические расстройства наблюдаются редко, но начальный этап заболевания нередко сопровождается характерологическими расстройствами, в виде раздражительности, аффективной лабильности, подозрительности и назойливости. В начальной стадии возможны депрессивные и депрессивно-ипохондрические расстройства, которые порою отличаются большой продолжительностью и могут сопровождаться суицидальными попытками. Очень редко могут возникать бредовые расстройства в виде отдельных идей ущерба и мелкого преследования.

На более поздних этапах заболевания преобладают симптомы органического снижения психической деятельности; нередко наблюдаются состояния психической спутанности и другие экзогенно-органические психические расстройства. Характерна

брадифрения: снижение психической активности вплоть до аспонтанности, замедление всех психических процессов, нарастание апатий и безразличия.

На отдаленных этапах развивается тотальное слабоумие, идентичное старческому слабоумию. Иногда наблюдаются ночные состояния психической спутанности, напоминающие старческий делирий. Нередки мучительные тактильные галлюцинации. Иногда долгое время наблюдаются менее глубокие состояния органического снижения психической деятельности с расстройствами запоминания и репродуктивной памяти, снижением уровня суждений, благодушием и эйфорией.

Лечение проводится либо в неврологических клиниках при преобладании неврологических расстройств, при наличии психических расстройств — в психиатрической клинике.

Прогноз в основном определяется тяжестью неврологических расстройств и прогрессиентностью заболевания. В целом прогноз неблагоприятный.

Итак, знакомство с типичными клиническими картинами достаточно широкого круга атрофических деменций позволяет говорить, что всем им свойственен неблагоприятный прогноз, больные на заключительной стадии болезни становятся совершенно беспомощными и нуждаются в круглосуточном постоянном и непрерывном уходе.

Обращает на себя внимание и тот факт, что атрофические деменции обнаруживаются чаще у женщин, чем мужчин, за исключением болезни Паркинсона. Старческое слабоумие обнаруживается в самых солидных возрастах, вплоть до 100-летних и старше, тогда как самый высокий уровень продолжительности жизни для больных болезнью Альцгеймера — 78—89 лет, до сих пор не описан ни один случай у долгожителей. Для болезни Пика — 72—79 лет, но в специальной литературе описан единственный случай, когда больной дожил до 89 лет. При болезни Паркинсона самая высокая продолжительность жизни — 78—80 лет, а для хореи Гентингтона — 70—75 лет. Эти данные в свою очередь свидетельствуют о высокой злокачественности этих атрофических деменций. Интересно, что психиатры, впервые описавшие заболевания, получившие их имена, сначала расценивали их как самостоятельные заболевания, но со временем склонялись к мнению, что это атипические случаи сенильной деменции. Почти у всех форм атрофических деменций высока вероятность

наследственной предрасположенности, в некоторых случаях (болезнь Паркинсона, отдельные формы болезни Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона) имеют прямую доминантную наследственность.

Однако трагичность при атрофических деменциях состоит в том, что заболевания начинаются так незаметно, на первых этапах, как сами больные, так и окружающие не воспринимают серьезно первые симптомы нарушения памяти, поведения, изменения личностных черт, свойственных человеку. Если учесть, что инициальный период может длиться от 5 до 20 лет, то можно только с сожалением констатировать, как много времени было упущено прежде, чем больной попадает в поле зрения психиатра. К тому же сами больные довольно успешно скрывают или “научаются” компенсировать имеющиеся у них расстройства памяти, речи и другие расстройства. Вообще нужно привлечь внимание к тому, что до тех пор, пока не сформируется характерный синдром распада памяти, интеллекта со свойственными каждому заболеванию клиническим “особенностям”, диагностика формы атрофической деменции является затруднительной не только для врача общей практики, но и для психиатра, а некоторых случаях для геронтопсихиатров. Это тем более сложно для людей, не имеющих представления о подобного рода деменциях у стариков.

На ранних этапах заболевания больные еще в состоянии сохранять определенную степень социальной адаптации, но по мере развития атрофического процесса, в стадии т.н. “мягкой деменции” больные уже не в состоянии справиться самостоятельно с профессиональными или общественными обязанностями. Однако, они еще в состоянии выполнять простую рутинную работу по дому, особенно под наблюдением и постоянной поддержке близких. Это касается уже таких простых привычных действий, как одевание, личная гигиена.

При сенильной деменции больные могут представлять опасность для окружающих вследствие расторможенности низших влечений (педофилия, вовлечение в криминальные группы, бродяжничество, попрошайничество). При более выраженных расстройствах памяти, нарушений сна такие больные могут быть опасны не только для себя лично, но и для окружающих, так как являются невольными поджигателями (забывают выключить электроприборы, закрыть газовые краны и т.п.). Своей неопрятностью, прожорливостью больные вызывают брезгливое отношение со

стороны здоровых людей, что способствуют развитию “эйджизма”, отторжения и изоляции старых людей.

При хорее Гентингтона больные в силу психопатического поведения могут быть в той или иной степени опасны для окружающих, особенно для близких людей. В этом отношении необходимо соблюдать определенную осторожность, не вызывать у больных злобности, агрессивности, не вступать с ним в споры, стараться всячески нейтрализовать их взрывчатость, возбудимость. Тем не менее, больные с хореей Гентингтона гораздо дольше могут оставаться вне поля зрения психиатров, выполнять несложную, привычную работу. Из-за психопатического поведения эти больные нередко совершают правонарушения.

У больных болезнью Паркинсона очень часты депрессивные расстройства: имеется т. н. суицидальная готовность, поэтому нужно быть предельно внимательным к настроению этих больных, их высказываниям.

Как правило, бредовые расстройства у больных атрофическими деменциями не представляют какой-либо существенной опасности для окружающих, так как, они очень быстро распадаются в результате нарушений памяти, но, тем не менее, могут досажать близким, особенно когда речь идет о бреде ревности, воровство. Нелепость бредовых высказываний вызывает у окружающих насмешки над больным, что, несомненно, способствуют ухудшению его эмоционального состояния.

Само по себе понятно, что уже на ранних этапах заболевания преобладающее большинство больных становятся в той или иной степени нетрудоспособными, а в выраженной стадии атрофического процесса все они оказываются инвалидами 1-й группы, недееспособными и невнимательными.

В настоящее время организация лечения, помощи и ухода за больными с атрофическими деменциями для многих стран, особенно экономически благополучных, стоит на первом месте. К сожалению, сколько-нибудь значительного, патогенетического лечения до сих пор нет, хотя в определенных отношениях компенсаторная терапия существует для каждой формы атрофических деменций. И хотя нет полного излечения, тем не менее, оно благоприятно влияет на нарушения памяти и другие когнитивные расстройства, позволяет отдалить наступление терминальной стадии заболевания, наступление тотальной деменции. С осторожностью применяется психофармакологическая терапия для

купирования психической симптоматики. Эта осторожность связана с тем, что даже незначительная передозировка антидепрессантов или нейролептиков еще более ухудшает состояние больного и углубляет деменцию.

В последние годы во многом меняются взгляды психиатров на возможности психологической коррекции (когнитивного тренинга), суть которой состоит в постоянном обучении дементных больных необходимым правилам поведения, создании вокруг больного такой обстановки, которая бы постоянно оживляла угасающие у него остатки интеллектуальной деятельности. В данном случае больные уподобляются детям, которых нужно постоянно учить самым элементарным навыкам.

В настоящее время имеется достаточно отработанная схема ведения больных с атрофическими деменциями: полное диагностическое обследование с установлением диагноза и разработка полного комплекса терапевтических мероприятий; наблюдение, причем постоянное, в домашних условиях или геронтопсихиатрических центрах вовсе не означает заточение больных в закрытые лечебницы для хроников. Эти центры могут быть самого различного профиля от мини-лечебниц с высокой оплатой индивидуального ухода до импровизированных детских садов/яслей, куда больных привозят днем, а вечером возвращают в домашние условия. Это могут быть специально подготовленные помощники по уходу (в качестве сиделок), которые осуществляют уход за больными в домашних условиях или помогают в уходе на определенное время.

Нужно отметить тенденцию возвращения к прежним традициям ухода за душевно больными и, в первую очередь, за дементными стариками. Как известно, первыми организациями, которые стали оказывать помощь больным, были монастыри, основным принципом насельников которых по отношению к таким больным было мягкое и сострадательное отношение.

На Руси с начала XI века призрение душевнобольных было делом духовной власти, которая содержала таких лиц в богоугодных заведениях при монастырях, где обращение с душевнобольными “проникалось такими же благотворительными началами”. Занимаясь вопросами призрения душевнобольных, церковь одновременно касалась и решения социальных проблем, связанных с наличием психического заболевания, освобождая от этих забот государство. Самым важным было то, что когда возникла необходимость создания государственной психиатрической помощи, то

русские врачи обратились к опыту Православной Церкви, поэтому традиционным является кроткое, ласковое и учтивое отношение к больным, в том числе и к дементным старым людям, признание их человеческого достоинства. Должно быть теплое отношение и участие к больным наряду с разумным пониманием их нужд и потребностей. Интересно, что уже тогда обращалось внимание на то, что ни в коем случае не должны быть поддерживаемы бредовые переживания и идеи больных. Рекомендовалось, если их оспаривание вызывало раздражение, то их или выслушивать спокойно, или стараться изменить тему разговора; в свою очередь подчеркивалось, что следует тщательно избегать разговоров о самих больных в их присутствии, даже когда их сознание было расстроено или казалось таковым.

Государство и семья — основные составляющие в уходе за старыми людьми с самыми различными формами психической и соматической патологии.

Расчеты в ЕЭС показали, что неформальные услуги (негосударственные), уход за пожилыми по месту жительства, включая даже оплату помощи, оказываемой родственникам, гораздо выгоднее строительства и содержания в специализированных учреждениях с постоянным проживанием.

Однако, возможности домашнего ухода за глубоко дементными старыми людьми, особенно в терминальной стадии, далеко небезграничны и зависят не только от желания близких. Прежде всего, семья должна обеспечить условия совместного проживания с больным старым человеком, чтобы оно не влияло отрицательно на других членов семейства: обеспечить больного отдельной комнатой и другими помещениями для санитарно-гигиенических отправлений (туалет, ванна). Преобладающее большинство российских граждан в настоящее время не в состоянии создать такие условия для старого дементного родственника.

Специальные исследования показали, что материальный доход, которым располагает старый человек, в большой степени определяет терпимость родственников и их желание осуществлять уход за ним. По мнению Ю.Данилова, в семьях, где имеются слабоумные старые больные, семейные конфликты являются реакцией на поведенческие нарушения, связанные именно с деменцией. При решении этих конфликтов, к сожалению, родственники отказываются от больных, помещая их в дома-интернаты для старых людей с хроническими заболеваниями.

Однако, нельзя слишком строго судить этих людей. Доля семейного ухода за пожилыми и старыми людьми снижается повсеместно и по объективным причинам. Прежде всего, многие дети, заботящиеся о своих родителях, сами уже пребывают в среднем возрасте, а некоторые достигают и пожилого возраста, имея в свою очередь собственных внуков. Как правило, часто необходимость заботиться о родителях у взрослых детей возникает в тот период жизни, когда они сами переживают личные потери, связанные с возрастом, сами страдают хроническими болезнями, упадком сил, уходят или собираются уходить на пенсию.

Еще в более тяжелом положении находятся супруги, опекающие своих дементных партнеров. Они сами нуждаются в пристальном внимании к своему здоровью, в периодической помощи и поддержке как эмоциональной, так и чисто физической. Самым же тяжелым для них является тревога и боязнь потерять спутника жизни, с которым прожито много лет.

Другая проблема заключается в том, что наблюдается рост работающих женщин, причем в основном из-за заработка. Миллионы женщин оказываются одновременно в различных и противоречивых ролях — жена, хозяйка дома, мать, работница и дочь, опекающая старых родителей. Поэтому женщины средних лет сталкиваются не только с возрастными проблемами, но и с ситуацией, когда ответственность за близких не сокращается, но, напротив, достигает своего пика. Примерно одна треть дочерей, ухаживающих за своими родителями, находится в возрасте 40—60 лет.

Исследования показывают, что эмоциональное напряжение одно из наиболее распространенных и тяжелых последствий таких ситуаций. Нехватка времени и ограниченная свобода действий, изоляция, необходимость разрываться между различными обязанностями, трудности при определении приоритетов, вынужденные изменения в образе жизни, привычках, общении, отдыхе — все это порождает длинный перечень таких симптомов душевного нездоровья, как депрессия, чувство тревоги и безнадежности, бессонница, упадок духа. Этим негативным последствиям больше подвержены дочери, чем сыновья, которые часто пользуются помощью своих жен и потому испытывают меньшее напряжение.

По мнению американских авторов, психосоциальная терапия больных с атрофическими деменциями должна включать финансовую поддержку их семейств, однако государственное финансирование этих услуг ограничено, экономическая помощь встречается

довольно редко. Поэтому вопрос об уходе за дементными старыми людьми остается одним из актуальнейших вопросов здравоохранения и социальных служб. Тем не менее, в настоящее время о полной деинституализации этого ухода говорить преждевременно. Вопрос стоит об открытии таких учреждений медико-социального направления, где уход за старыми людьми с атрофическими деменциями мог бы удовлетворять потребности в услугах, как самих больных, так и их родственников.

Литература

4. Давыдовский И.В. Геронтология. М: Медицина, 1966
5. Дельпере Н. Защита прав и свобод граждан преклонного возраста. М: "Деловая лига", 1993.
6. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М: Медицина, 1983.
7. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Киев: Сфера, 2000.
8. Население и кризисы, выпуск седьмой. М: Макс Пресс, 2001.
9. Осколкова О.В. Старение населения в странах Европейского Союза: проблемы и суждения. М: диалог МГУ, 1999.
10. Партнеры в сфере охраны психического здоровья /Отдел психического здоровья, ВОЗ, Киев, 1999.
11. Полищук Ю.И. Старение личности // Социальная и клиническая психиатрия, № 3, 1994.
12. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1983, т.2
13. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1999, т.2
14. Уход и патронаж / перевод с датского/, М., 2000.
15. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л: Наука, 1988.
16. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М: Медицина, 1996.
17. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М: Медицина, 1967.
18. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М: Медицина, 1977.
19. Энциклопедия социальной работы /пер. с английского/. М: Центр человеческих ценностей, 1994.
20. Яцемирская Р.С. Психическое старение долгожителей. София, 1999. Докт. дис.
21. Яцемирская Р.С. Психопатология пожилого и старческого возраста. Изд-во МГСУ "Союз", 2002.
22. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология. М: Владос, 1999.

Шкалы, тесты и опросники

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (по A.S. Zigmond и др.)

№	Утверждение	Варианты ответов	Балл
1	Я испытываю напряженность, мне не по себе	Все время Часто Время от времени, иногда Совсем не испытываю	3 2 1 0
2	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Это совсем не так	0 1 2 3
3	Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться	Определенно это так, и страх очень сильный Да, это так, но страх не очень сильный Иногда, но это меня не беспокоит Совсем не испытываю	3 2 1 0
3	Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться	Определенно это так, и страх очень сильный Да, это так, но страх не очень сильный Иногда, но это меня не беспокоит Совсем не испытываю	3 2 1 0
4	Я способен рассмеяться или увидеть в том или ином событии смешное	Определенно это так Наверное, это так Лишь в очень малой степени это так Это совсем не так	0 1 2 3

№	Утверждение	Варианты ответов	Балл
5	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	Постоянно Большую часть времени Время от времени и не так часто Только иногда	3 2 1 0
6	Я испытываю бодрость	Совсем не испытываю Очень редко Иногда Практически все время	3 2 1 0
7	Я легко могу сесть и расслабиться	Определенно это так Наверное, это так Лишь изредка это так Совсем не могу	0 1 2 3
8	Мне кажется, что я все стал делать очень медленно	Практически все время Часто Иногда Совсем нет	3 2 1 0
9	Я испытываю внутренне напряжение или дрожь	Совсем не испытываю Иногда Часто Очень часто	0 1 2 3
10	Я не слежу за своей внешностью	Определенно это так Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно Может быть, я стал меньше уделять этому внимания Я слежу за собой так же, как и раньше	3 2 1 0
11	Я испытываю неуверенность, словно мне постоянно нужно двигаться	Определенно это так Наверное, это так Лишь в некоторой степени это так Совсем не испытываю	3 2 1 0

№	Утверждение	Варианты ответов	Балл
12	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	Точно так же, как и обычно	0
		Да, но не в той степени, как раньше	1
		Значительно меньше, чем обычно	2
		Совсем так не считаю	3
13	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	Часто	0
		Иногда	1
		Редко	2
		Очень редко	3

Данная шкала является самоопросником (бланк шкалы выдается больному для самостоятельного заполнения). Пункты шкалы отобраны из числа наиболее характерных для тревоги и депрессии жалоб и симптомов, при этом исключены те симптомы, которые могли бы быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головная боль, головокружение и т.д.). Всего в шкале имеется 14 утверждений, при этом нечетные пункты (1, 3, 5, 7, 9, 11 и 13) составляют субшкалу тревоги, а четные (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) — субшкалу депрессии. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Итоговая сумма баллов подсчитывается отдельно для субшкалы тревоги и для субшкалы депрессии. Выделяют следующие области значений суммарного балла по каждой субшкале: 0—7 баллов — норма; 8—10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 и более баллов — клинически выраженная тревога /депрессия.

Для достижения валидных результатов важно, чтобы пациент заполнял опросник самостоятельно, без обсуждения вариантов ответа с родственниками, знакомыми и др.; для обеспечения спонтанности ответа желательно установить пациенту четкие временные рамки для заполнения шкалы (не более 20—30 минут).

Индекс общего психологического благополучия (по Diруи и др.)

Ваши ответы должны отражать положение дел в течение последних двух недель.

№	Вопрос	Варианты ответов	Балл
1	Какой период времени Вы находились в хорошем настроении?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	0 1 2 3 4 5
2	Беспокоило ли Вас какое-либо заболевание, или недомогание, или боль?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	0 1 2 3 4 5
3	Наблюдалась ли у Вас депрессия?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
4	Контролировали Вы свое поведение, мысли, эмоции и переживания?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	5 4 3 2 1 0
5	Отмечалась ли у Вас повышенная нервозность ("расшатанные нервы")?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0

№	Вопрос	Варианты ответов	Балл
6	Полны ли вы энергии, бодрости, жизненных сил?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	5 4 3 2 1 0
7	Чувствовали ли Вы себя унылым, упавшим духом?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
8	Чувствовали ли вы внутреннее напряжение, скованность во всем теле или в каких-то мышцах?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	0 1 2 3 4 5
9	Были ли Вы счастливы, удовлетворены своей жизнью?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
10	Достаточно ли вы чувствовали себя здоровыми, чтобы выполнять те дела, которые хотели или должны были делать?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	0 1 2 3 4 5

№	Вопрос	Варианты ответов	Балл
11	Были ли вы грустны, разочарованны, испытывали ли чувство безнадежности, или у Вас было столько проблем, что вы сомневались, есть ли во всем этом смысл?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
12	Просыпались ли вы по утрам свежим и отдохнувшим?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	0 1 2 3 4 5
13	Испытывали ли Вы тревогу, страх, беспокойство по поводу состояния Вашего здоровья?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
14	Были ли у Вас основания считать, что Вы теряли контроль над своим рассудком, памятью, чувствами, словами, мыслями?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	0 1 2 3 4 5

№	Вопрос	Варианты ответов	Балл
15	Была ли Ваша жизнь наполнена интересными событиями и вещами?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
16	Чувствовали ли Вы себя вялым, медлительным?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	0 1 2 3 4 5
17	Были ли вы тревожны, беспокойны или расстроены?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
18	Было ли у Вас ощущение уверенности в себе, стабильности?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	5 4 3 2 1 0
19	Чувствовали ли вы себя легко и спокойно?	Нисколько по времени Незначительный период времени Некоторое время Значительную часть времени Большую часть времени Все время	5 4 3 2 1 0
20	Чувствовали ли вы себя бодрым и жизнерадостным?	Все время Большую часть времени Значительную часть времени Некоторое время Незначительный период времени Нисколько по времени	5 4 3 2 1 0

№	Вопрос	Варианты ответов	Балл
21	Чувствовали ли вы себя усталым, истощенным, измотанным, "выжатым"?	Нисколько по времени	5
		Незначительный период времени	4
		Некоторое время	3
		Значительную часть времени	2
		Большую часть времени	1
		Все время	0
22	Казалось ли Вам, что Вы находитесь в состоянии стресса, под чьим-то давлением?	Все время	5
		Большую часть времени	4
		Значительную часть времени	3
		Некоторое время	2
		Незначительный период времени	1
		Нисколько по времени	0

Индекс Общего Психологического Благополучия является самоопросником, предназначенным измерять аффективные или эмоциональные расстройства, возникающие в связи с заболеванием и снижающие самооценку благополучия. Включает 22 пункта, которые можно разделить на 6 субшкал, характеризующих следующие состояния: тревога (пункты 5, 8, 17, 19, 22), депрессия (пункты 3, 7, 11), самоконтроль (пункты 4, 14, 18), общее здоровье (пункты 2, 10, 13), эмоциональное благополучие (пункты 1, 9, 15, 20), жизненная энергия (пункты 6, 12, 21). Для каждого пункта даны 6 возможных вариантов ответа, один из которых выбирает обследуемый при заполнении опросника. Наиболее негативный ответ оценивается в 0 баллов, наиболее позитивный — в 5 баллов. Суммарный балл варьирует от 0 до 110 баллов. Возможно также вычисление суммарных баллов по отдельным субшкалам опросника. Среднее значение Индекса Психологического Благополучия у здоровых людей приблизительно равно 105.

Шкала Гамильтона для оценки тревоги

№	Признак	Варианты ответов	Балл
1	Тревожное настроение Озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
2	Напряжение Ощущение напряжения, вздрагивания, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
3	Страх Боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх оставаться одному	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
4	Инсомния Затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
5	Интеллектуальные нарушения Затрудненная концентрация памяти	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
6	Депрессивное настроение Утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания состояния	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4

№	Признак	Варианты ответов	Балл
7	Соматические симптомы (Мышечные) Боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, "скрипение" зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
8	Соматические симптомы (Сенсорные) Звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости, ощущение покалывания	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
9	Сердечно-сосудистые симптомы Тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
10	Респираторные симптомы Чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
11	Гастроинтестинальные симптомы Затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство перенаполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
12	Мочеполовые симптомы Учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, импотенция, утрата либидо, преждевременная эякуляция	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4

№	Признак	Варианты ответов	Балл
13	Вегетативные симптомы Сухость во рту, покраснение кожных покровов, бледность кожных покровов, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4
14	Поведение при осмотре Ерзанье на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, частое сглатывание слюны и т.д.	Отсутствует В слабой степени В умеренной степени В тяжелой степени В очень тяжелой степени	0 1 2 3 4

Шкала заполняется психиатром или специально обученным клиницистом на основании расспроса пациента, т.е. во многом основана на субъективной оценке больного. Поэтому особое внимание уделяется процедуре расспроса: не следует торопить пациента или оказывать на него давление; рекомендуется свести к минимуму число прямых вопросов, задавать вопросы различными способами, комбинируя варианты с утвердительными и отрицательными ответами. Если возникают сомнения в корректности ответов больного, желательно получить дополнительную информацию от его родственников и медицинского персонала.

По каждому из 14 пунктов шкалы выбирается вариант ответа, наиболее соответствующий состоянию больного, значение баллов по каждому из пунктов ранжируется от 0 до 4, суммарный балл может принимать значение от 0 до 56. Суммарный балл от 0 до 7 обычно расценивается как отсутствие тревожного состояния, 8—19 баллов — как наличие симптомов тревоги, 20 баллов и выше — как тревожное состояние. Критерием эффективности терапии считают снижение суммарного балла на 50% и более в сравнении с исходным (при проведении повторного тестирования исследователь и больной не должны видеть результаты предыдущих измерений). Затраты времени на заполнение шкалы и подсчет баллов — не более 30 минут. Шкала прошла исследования по валидации.

Шкала комы Глазго

Инструкция: Оценка производится отдельно по трем разделам шкалы, указываются три значения баллов (Открытие глаз=__, Двигательные реакции=__, Речевая активность=__)

Параметры	Баллы	Детализация
Открытие глаз		
Нет	1	Не открывает глаза ни на какие раздражения, даже на боль при давлении на супраорбитальную область
На боль	2	Болевые раздражения грудины, конечностей, супраорбитальной области
На речь	3	Не обязательно на команды
Спонтанное	4	Глаза открывает не обязательно сознательно
Двигательные реакции		
Нет	1	Нет никаких двигательных реакций ни на какие болевые раздражители
Разгибательные	2	Конечности остаются "вялыми"
Патологические сгибательные	3	"Децеребрационная" ригидность; плечо приведено и ротировано внутрь, предплечье пронировано
Отдергивание	4	"Декортикация"; рука согнута и приведена
Локализация боли	5	В ответ на болевое раздражение рука отдергивается, плечо отводится
Выполнение команд	6	В ответ на болевое раздражение в области груди или в суборбитальной области рука тянется, чтобы убрать источник боли Выполняет простые команды

Шкала комы Глазго (продолжение)

Параметры	Баллы	Детализация
Речевая активность		
Нет	1	Никаких речевых звуков ни на какие раздражения
Нечленораздельные	2	Непонятные нечленораздельные звуки в ответ на раздражение и/или спонтанные
Неадекватные	3	Отдельные слова в ответ на раздражение, стимуляцию или спонтанно
Спутанные	4	Доступен речевому контакту, но речь спутана
Ориентированные	5	Ориентация в месте, времени, собственной личности

Шкала Комы Глазго была разработана для оценки сохранности сознания пациента в остром периоде черепно-мозговой травмы. Состояние больного оценивается на момент поступления и через 24 часа по трем параметрам: открыванию глаз, словесному и двигательному ответам на внешние раздражители. Кроме того, иногда используют и суммарную оценку, которая может составлять от 3 до 15 баллов. Балл 8 и ниже свидетельствует о наличии комы, выше 8 о ее отсутствии.

Шкала Глазго имеет очевидную лицевую валидность, доказанную предсказательную валидность не только для ком вследствие черепно-мозговой травмы, но и в случаях коматозных состояний, вызванных другими причинами. Надежность и чувствительность теста также многократно подтверждена.

Тест умственных способностей Ходкинсона

Инструкция: Правильный ответ на каждый вопрос оценивается в один балл.

Балл	Вопрос или задание
	Возраст больного
	Время суток (приблизительно)
	Произносят адрес и просят больного воспроизвести его по окончании тестирования: Ленинский проспект, 14
	Название больницы (или района проживания, если тестирование проводится дома у больного)
	Год
	Дата рождения пациента
	Месяц
	Год первой мировой войны
	Имя президента страны
	Счет в обратном порядке от 20 до 1 (допускаются поправки, если они делаются самостоятельно)

Индекс активностей повседневной жизни Катц

Эта шкала стала фундаментом для последующих разработок аналогичных тестов, многие пункты данного индекса включают обычно и в многоаспектные опросники. Оценка активностей (функций) повседневной жизнедеятельности представляет собой комплексный показатель шести основных видов жизнедеятельности: способности пациента выполнять такие функции, как купание, одевание, посещение туалета, перемещение с кровати и со стула и обратно, контролирование мочеиспускания и дефекации, прием пищи. Согласно идеологии авторов, указанные виды жизнедеятельности связаны между собой иерархически, отражая стадийность развития навыков у детей. Для реабилитологов, однако, указанная иерархичность не имеет принципиального значения. В отличие от многих других тестов ADL, шкала Катц не включает оценку ходьбы.

Индекс независимости в сфере повседневной жизнедеятельности выражается буквами от А до О (англ.) или от А до Ж (рус.), классификация этих степеней даны после текста шкалы. Буквенное обозначение степеней функциональной зависимости или независимости лишний раз напоминает о том, что шкала не является интервальной.

Инструкция: Для каждой сферы функционирования, указанной ниже, отметьте подходящее описание. Слово «помощь» означает присмотр, руководство или непосредственную помощь. Знак «*» после номера пункта показывает, что данный уровень функций согласно ниже приведенной классификации расценивается как «независимость»

1. Купание (*обтирание губкой, или купание в ванной, или использование душа*)

2* Не получает помощи: самостоятельно входит в ванну и выходит из нее, когда моется в ванне.

1* Получает помощь лишь при мытье одной части тела, например, спины или ноги.

0 Получает помощь при мытье более чем одной части тела (или не моется).

2. Одевание (*доставание одежды из шкафов и ящиков, включая нижнее белье и верхнюю одежду, застегивание застежек и подтяжек, если таковые используются*)

2* Достает вещи и полностью одевается без помощи.

1* Достает вещи и полностью одевается без помощи, за исключением помощи при завязывании шнуров на ботинках.

0 Получает помощь при доставании одежды, или при одевании, или остается частично или полностью не одетым.

3. Отправление естественных потребностей (*посещение уборной с целью опорожнения мочевого пузыря или кишечника, выполнение после этого необходимых гигиенических процедур и приведение в порядок одежды*)

2* Посещает уборную, выполняет после этого необходимые гигиенические процедуры и приводит в порядок одежду без помощи. Может использовать для поддержки костыль (трость) или инвалидное кресло, ночью может пользоваться ночным горшком или судном, опорожняя их утром.

1 Получает помощь при посещении уборной, при выполнении необходимых гигиенических процедур после этого или при приведении в порядок одежды, или при использовании ночного горшка или судна.

0 Не посещает уборную для отправления естественных потребностей.

4. Перемещение

2* Ложится в постель и встает с постели, садится на стул и встает со стула без помощи. Может использовать для поддержки костыль или трость.

1 Ложится в постель и встает с постели, садится на стул и встает со стула с посторонней помощью.

0 Не встает с постели.

5. Способность контролировать мочеиспускание и дефекацию

2* Полностью и самостоятельно контролирует мочеиспускание и дефекацию.

1 Допускает отдельные «инциденты».

0 Присмотр помогает контролировать мочеиспускание и дефекацию, или используется катетер, или наблюдается недержание мочи/кала.

6. Питание

2* Принимает пищу самостоятельно.

1* Принимает пищу самостоятельно, за исключением помощи при разрезании мяса или намазывании масла на хлеб.

0 Получает помощь при приеме пищи, или питается частично или полностью путем интубации или парентеральное питание.

Англоязычное обозначение индекса	Русскоязычное обозначение индекса	
A	A	Независимость в отношении всех шести вышеуказанных функций.
B	Б	Независимость в отношении всех вышеуказанных функций, кроме одной.
C	B	Независимость во всех вышеуказанных функций, кроме функции <i>кутание</i> и еще одной.
D	Г	Независимость во всех вышеуказанных функциях, кроме функции <i>кутание, одевание</i> и еще одной.
E	Д	Независимость во всех функциях, кроме функции <i>кутание, одевание, посещение туалета</i> и еще одной.
F	E	Независимость во всех вышеуказанных функциях, кроме функции <i>кутание, одевание, посещение туалета, перемещение</i> и еще одной.
G	Ж	Зависим в отношении всех шести функций.
O	Д	Зависим в отношении по крайней мере двух функций, но не попадает под определения B, Г, Д или E.

Индекс активностей повседневной жизни Бартела

Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у больного по каждому из разделов теста. В авторской версии большинство пунктов имеют оценочные ранги «О» (невозможность выполнить задание), «5» (требуется помощь в выполнении задания) и «10» (полная независимость в выполнении задания); два пункта имеют ранги «О» (выполнение задания невозможно либо требуется помощь) и «5» (полная независимость); и, наконец, два пункта имеют оценочные ранги «О» (полная зависимость), «5» или «10» для случаев, когда необходима помощь, и «15» (полная независимость); суммарная оценка варьирует от 0 до 100. При такой системе оценки суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 — выраженной зависимости, от 61 до 90 и от 91 до 99 — соответственно умеренной и легкой зависимости. Предлагаются, однако, и иные варианты оценочной шкалы — например, такой, когда суммарный балл варьирует от 0 до 20 баллов.

Инструкция.

1. Индекс должен отражать реальные действия больного, а не предполагаемые (не то, как бы больной мог выполнять те или иные функции).

2. Основная цель тестирования — установить степень независимости от любой помощи, физической или вербальной, как бы ни была эта помощь незначительна и какими бы причинами не вызывалась.

3. Необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (больной не независим).

4. Уровень функционирования должен определяться наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем из числа тех, которые возможны: чаще всего — путем расспроса больного, его друзей/родственников или ухаживающего персонала, однако важны также непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется.

5. Обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24—48 часов, однако иногда обоснован и более продолжительный период оценки.

6. Средние категории означают, что больной осуществляет более 50 процентов необходимых для выполнения той или иной функции усилий.

7. Категория «независим» допускает использование вспомогательных средств.

Прием пищи

- 10 — не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами;
- 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи;
- 0 — полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью).

Персональный туалет

(умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье)

- 5 — не нуждаюсь в помощи;
- 0 — нуждаюсь в помощи.

Одевание

- 10 — не нуждаюсь в посторонней помощи;
- 5 — частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.;
- 0 — полностью нуждаюсь в посторонней помощи.

Прием ванны

- 5 — принимаю ванну без посторонней помощи;
- 0 — нуждаюсь в посторонней помощи.

Контроль мочеиспускания

- 20 — не нуждаюсь в помощи;
- 10 — частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера);
- 0 — постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций.

Контроль дефекации

- 20 — не нуждаюсь в помощи;
- 10 — частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера);
- 0 — постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций.

Посещение туалета

- 10 — не нуждаюсь в помощи;
- 5 — частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.);
- 0 — нуждаюсь в использовании судна, утки.

Вставание с постели

- 15 — не нуждаюсь в помощи;
- 10 — нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке;
- 5 — могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка;
- 0 — не способен встать с постели даже с посторонней помощью.

Передвижение

- 15 — могу без посторонней помощи передвигаться на расстоянии до 500 м;
- 10 — могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м;
- 5 — могу передвигаться с помощью инвалидной коляски;
- 0 — не способен к передвижению.

Подъем по лестнице

- 10 — не нуждаюсь в помощи;
- 5 — нуждаюсь в наблюдении или поддержке;
- 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой.

Шкала функциональной независимости FIM

Каждая из ниже приведенных двигательных и интеллектуальных функций оценивается в баллах, от одного до семи.

7 баллов — полная независимость в выполнении соответствующей функции (все действия выполняются самостоятельно, в общепринятой манере и с разумными затратами времени);

6 баллов — ограниченная независимость (больной выполняет все действия самостоятельно, но медленнее, чем обычно, либо нуждается в постороннем совете);

5 баллов — минимальная зависимость (при выполнении действий требуется наблюдение персонала либо помощь при надевании протеза или ортеза);

4 балла — незначительная зависимость (при выполнении действий нуждается в посторонней помощи, однако более 75% задания выполняет самостоятельно);

3 балла — умеренная зависимость (самостоятельно выполняет 50–75 % необходимых для исполнения задания действий);

2 балла — значительная зависимость (самостоятельно выполняет 25–50 % действий);

1 балл — полная зависимость от окружающих (самостоятельно может выполнить менее 25 % необходимых действий).

Двигательные функции: максимальный суммарный балл — 119.

Самообслуживание.

- Прием пищи (пользование столовыми приборами, поднесение пищи ко рту, жевание, глотание).
- Личная гигиена (чистка зубов, причесывание, умывание лица и рук, бритье либо макияж).
- Принятие ванны или душа (мытьё и вытирание тела, за исключением области спины).
- Одевание (включая надевание протезов или ортезов), верхняя часть тела (выше пояса).
- Одевание (включая надевание протезов или ортезов), нижняя часть туловища (ниже пояса).
- Туалет (использование туалетной бумаги после посещения туалета, гигиенических пакетов).

Контроль тазовых функций.

- Мочевой пузырь (контроль мочеиспускания и, при необходимости, использование приспособлений для мочеиспускания — катетера, и т.д.).

- Прямая кишка (контроль акта дефекации и, при необходимости, использование специальных приспособлений — клизмы, калоприемника и т.д.).

Перемещение.

- Кровать, стул, инвалидное кресло (способность вставать с кровати и ложиться на кровать, садиться на стул или инвалидное кресло и вставать с них).
- Туалет (способность пользоваться унитазом — садиться, вставать).
- Ванна, душ (способность пользоваться кабиной для душа или ванной).

Подвижность.

- Ходьба или передвижение с помощью инвалидного кресла (баллу «7» соответствует возможность ходьбы без посторонней помощи на расстояние не менее 50 метров, баллу «1» — невозможность преодолеть расстояние более 17 метров).
- Подъем по лестнице (баллу «7» соответствует возможность подъема без посторонней помощи на 12—14 ступеней, баллу «1» — невозможность преодолеть высоту более 4 ступеней).

Интеллект: максимальный суммарный балл — 49.

Общение.

- Восприятие внешней информации (понимание речи и/или письма).
- Изложение собственных желаний и мыслей (устным или письменным способом).

Социальная активность.

- Социальная интеграция (взаимодействие с членами семьи, медперсоналом и прочими окружающими).
- Принятие решений (умение решать проблемы, связанные с финансами, социальными и личными потребностями).
- Память (способность к запоминанию и воспроизведению полученной зрительной и слуховой информации, обучению, узнаванию окружающих).

В зависимости от величины суммарного балла у конкретного пациента и количества баллов, набранных по каждой отдельной функции, определяется объем мероприятий, необходимых для полноценного ухода за данным больным.

Классификация социально-бытовой и трудовой реабилитации постинсультных больных,

Е.А.Шмидт и Т. А. Макинский

Класс I. Выполнение основных занятий в полном объеме. Возвращение работавших до инсульта к прежней работе; выполнение прежних домашних обязанностей теми, кто занимался этим до инсульта; полная независимость от окружающих в повседневной жизни.

Класс II. Возвращение к прежней работе с ограничениями или с понижением в должности либо переход работавших до инсульта на менее квалифицированную работу (или возвращение к работе с указанными изменениями); для занимавшихся до инсульта домашним хозяйством — ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Независимость по шкале ADL. Ходьба по квартире и по улице без посторонней помощи.

Класс III. Невозвращение работавших до инсульта к работе; у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством — ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей. Частичная зависимость по шкале ADL. Ходьба по квартире без посторонней помощи, по улице — с посторонней помощью.

Класс IV. Невозвращение работавших до инсульта к работе; у занимавшихся до инсульта домашним хозяйством — значительное ограничение в выполнении прежних домашних обязанностей или полная неспособность к нему. Значительная зависимость по шкале ADL. Ходьба по квартире с посторонней помощью, по улице больной не ходит или ходит очень редко и с посторонней помощью.

Класс V. Полная утрата производственных навыков. Полная зависимость от окружающих в повседневной жизни.

Ноттингамский расширенный индекс активностей повседневной жизни

Ответы:	Совсем не могу	Могу с посторонней помощью	Могу самостоятельно, но с трудом	Могу самостоятельно, без труда
Вопросы:				
Подвижность				
<i>Можете ли Вы:</i>				
• гулять за пределами квартиры?				
• подниматься по лестнице?				
• сесть в машину и выбраться из нее?				
• ходить по неровной поверхности?				
• перейти дорогу?				
• пользоваться для передвижения общественным транспортом?				
В кухне				
<i>Можете ли Вы:</i>				
• поесть приготовленную пищу?				
• приготовить себе горячее питье?				
• перенести горячее питье из одной комнаты в другую?				
• вымыть посуду?				
• приготовить себе горячую легкую закуску?				

Ответы:	Совсем не могу	Могу с посторонней помощью	Могу самостоятельно, но с трудом	Могу самостоятельно, без труда
Вопросы:				
Домашнее хозяйство				
<i>Можете ли Вы:</i>				
• произвести денежные расчеты?				
• постирать мелкие предметы одежды?				
• сходить в магазин за покупками?				
• постирать крупные предметы одежды?				
Отдых				
<i>Можете ли Вы:</i>				
• читать газеты или книги?				
• пользоваться телефоном?				
• написать письмо?				
• участвовать в общественных мероприятиях?				
• ухаживать за собственным садом?				

Данный индекс был разработан для больных, перенесших мозговой инсульт. Тест состоит из 4 разделов, в каждом из которых пункты расположены, по мнению авторов, в порядке возрастания сложности для постинсультного больного. Для каждого вопроса предусмотрены четыре варианта ответа, первые два из которых («совсем не могу» и «могу с посторонней помощью») оцениваются в ноль баллов, последние два («могу самостоятельно, но с трудом» и «могу самостоятельно, без труда») — в один балл.

Модифицированная самооценка социальной приспособленности (по D. Wade)

Инструкция: Для каждого вопроса выберите один из следующих вариантов ответа:

1. Все время
2. Большую часть времени
3. Приблизительно половину времени
4. Иногда
5. Никогда

Ваши ответы должны отражать положение дел в течение последних двух недель.

	Работа (имеется ввиду труд, выполняемый Вами помимо ведения домашнего хозяйства)
1__	Пропускали работу по причине вашей болезни?
2__	Хорошо выполняли свою работу?
3__	Вам было стыдно за то, как Вы делали вашу работу?
4__	Во время работы злились на сослуживцев, спорили ли с ними постоянно?
5__	Выполняя работу, ощущали снижение настроения, тревогу, дискомфорт?
6__	Работа казалась Вам интересной?
	Домашнее хозяйство
7__	Ежедневно Вы выполняли всю необходимую домашнюю
8__	работу?
9__	Хорошо выполняли работу по дому?
10__	Вам было стыдно за то, как Вы делали домашнюю работу?
11__	Вы злились на соседей, продавцов в магазине, посыльных и др., спорилили с ними постоянно?
12__	Выполняя работы по дому, Вы ощущали снижение настроения, тревогу, дискомфорт?
13__	Домашняя работа казалась Вам скучной, неприятной, обременительной?

13__	Отдых и общение с друзьями Вы общались с кем-то из своих друзей?
14__	Могли открыто говорить с друзьями о своих переживаниях?
15__	Участвовали с друзьями в каких-то совместных мероприятиях (ходили в гости, собирались на вечеринки)?
16__	Продолжали заниматься своим хобби, своими увлечениями?
17__	Злились на друзей, спорили ли с ними постоянно?
18__	Обижались на Ваших друзей, чувствовали себя оскорбленным?
19__	Чувствовали себя при общении с людьми неловко, напряженно, терялись и робели?
20__	Ощущали себя одиноким, чувствовали потребность в общении?
21__	Скучали в свободное от работы время?
22__	Общение с родственниками Злились на родственников, спорили ли с ними постоянно?
23__	Принуждали себя общаться с родственниками?
24__	Могли открыто говорить с родственниками о своих переживаниях?
25__	Ходили друг к другу в гости, общались?
26__	Беспокоились больше чем было необходимо по поводу своих родственников?
27__	Ощущали, что разочаровываете Ваших родственников?
28__	Ощущали, что ваши родственники разочаровывают Вас?
29__	Общение с супругом/супругой (если у Вас нет постоянного партнера, которым Вы живете, пропустите данный раздел и переходите к следующему) Злились друг на друга, постоянно спорили друг с другом?
30__	Могли открыто говорить с партнером о своих переживаниях и проблемах?
31__	Почти все решения относительно семейной жизни принимали самостоятельно?
32__	При разногласиях уступали партнеру?
33__	Вы и Ваш партнер разделяли ответственность за происходящее в семье?
34__	Зависели от Вашего партнера, нуждаясь в его помощи?
35__	Испытывали нежность по отношению к партнеру?
36__	Имели сексуальные отношения друг с другом? Приблизительно сколько раз?
37__	Имели проблемы, связанные с сексом (боль и др.)?
38__	Были удовлетворены сексуальными отношениями с Вашим партнером?

	Общение с детьми (если у Вас нет детей или они не проживают вместе Вами, пропустите данный раздел и переходите к следующему)
39__	Кричали на детей, постоянно спорили с ними?
40__	Интересовались жизнью детей (их учебной, друзьями и т.д.)?
41__	Были способны выслушать ребенка, поговорить с ним?
42__	Испытывали любовь, нежность к детям?
	Отношения в семье (если Ваш партнер и дети не живут вместе с вами, пропустите этот раздел)
43__	Вы беспокоились больше, чем это было нужно, по поводу событий, происходящих в вашей семье?
44__	Ощущали, что в любое время можете разочаровать членов вашей семьи?
45__	Ощущали, что члены Вашей семьи в любое время могут разочаровать вас?

Данный самоопросник был разработан с целью измерения степени приспособляемости пациента к изменениям, произошедшим в его жизни из-за болезни. По 5-бальной шкале оценивается поведение пациента в следующих сферах: работа, домашнее хозяйство, отдых и общение, отношения с родственниками, с супругом, с детьми, в семье. При этом оценка пунктов 2, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 24, 25, 30, 32, 33, 35, 36, 38, 40, 41, 42 производится «зеркально».

Повседневная активность в доме (по А.М.I.Watts и соавт.)

Инструкция. Пожалуйста, отметьте в соответствующих графах возможности выполнения Вашей больной кистью перечисленных действий.

Ответы:	Легко (1)	Средне (2)	Трудно (3)	Невозможно (4)	Не относится к делу, неуместно (1)
Застегивание пуговиц					
Застегивание молнии					
Завязывание шнурков					
Надевание носков					
Завязывание галстука					
Пользование туалетом					
Открытие, закрытие крана					
Стирка белья					
Умывание					
Чистка зубов					
Мытье в ванной					
Пользование ножом					
Резка хлеба, мяса					
Отвинчивание крышек					
Пользование консервным ножом					
Пользование кастрюлей					

Ответы:	Легко (1)	Средне (2)	Трудно (3)	Невозможно (4)	Не относится к делу, неуместно (1)
Пользование чайником					
Открывание пакета					
Пользование электрическим штепселем					
Пользование дверным ключом					
Пользование автомобильным ключом					
Пользование автомобильным тормозом					
Вожделение автомобиля					
Собирание монет					
Пользование ножницами					
Всего:					

Данный тест характеризует трудность выполнения 25 наиболее распространенных действий. Ответы оцениваются в баллах от 0 до 4. Итоговые результаты суммируются. Сумма баллов, характеризующая общую функцию кисти, находится в диапазоне от 25 до 100. Оценка проводится при поступлении пациента и по завершении программы реабилитации.

Профиль функциональных ограничений (по M.Bergner)

Инструкция. Каждое утверждение отражает ограничения, которые могут возникать в связи с заболеванием; каждое утверждение должно оцениваться Вами с позиций состояния Вашего здоровья на сегодняшний день.

№	Вопрос/утверждение	Балл
Ходьба		
1	Я стал ходить на более короткие расстояния или часто останавливаюсь, чтобы отдохнуть	54
2	Я не могу подняться на холм или спуститься с холма	64
3	Я могу подниматься по лестнице только с помощью например, пользуясь перилами, палкой или костылями	82
4	Я могу ходить по лестнице только с посторонней помощью	87
5	Я передвигаюсь в инвалидной коляске	121
6	Я вообще не могу ходить	126
7	Я хожу самостоятельно, но с некоторыми затруднениями; например, я хромаю, пошатываюсь, спотыкаюсь или нога не сгибается	71
8	Я могу ходить только с посторонней помощью	98
9	Я поднимаюсь или спускаюсь по лестнице более медленно; например, должен останавливаться для передышки, или преодолеваю лестницу по одной ступеньке	62
10	Я вообще не могу ходить по лестнице	106
11	Я хожу только с помощью палки, костылей, ходунков или держась за стену, за мебель	96
12	Я хожу более медленно	39
Суммарный балл по разделу "Ходьба" (макс.= 1006)		
Уход за телом и движения		
13	Я выполняю сложные движения (например, вхожу или выхожу из ванны, из машины) только с посторонней помощью	82
14	Я не могу забраться в кровать или в кресло, либо покинуть кровать или кресло без помощи другого человека или без использования вспомогательных приспособлений	100

№	Вопрос/утверждение	Балл
15	Я могу стоять только в течение короткого промежутка времени	67
16	Я не могу сохранять равновесие	93
17	Я совершаю движения пальцами или кистями рук с затруднением или с ограничениями	66
18	Я могу встать только с посторонней помощью	92
19	Я могу наклониться, встать на коленки или согнуться только держась за что-либо	61
20	Я все время нахожусь в вынужденном положении	124
21	Мои движения неуклюжи	47
22	Я забираюсь в кровать или в кресло, либо покидаю кровать или кресло только ухватившись за что-либо, или используя палку, раму	79
23	Я большую часть времени провожу лежа	120
24	Я часто меняю положение тела	53
25	Чтобы повернуться в постели, я должен ухватиться за что-то	82
26	Я не могу вымыть себя полностью: например, при мытье мне требуется помощь	85
27	Я совсем не могу самостоятельно мыться, меня кто-то должен мыть	100
28	Я могу пользоваться судном только с посторонней помощью	107
29	У меня проблемы с надеванием носков, туфель или чулок	54
30	Я не контролирую функцию мочеиспускания	122
31	Я не могу застегивать одежду: например, мне нужна помощь при застегивании пуговиц, кнопок, при завязывании шнурков	68
32	Я большую часть времени провожу в пижаме или полуодетым	75
33	Я не контролирую функцию прямой кишки	124
34	Я одеваюсь самостоятельно, но очень медленно	43
35	Я могу одеться только с чьей-то помощью	82
Суммарный балл по разделу "Уход за телом и движения" (макс.=1927)		

№	Вопрос/утверждение	Балл
Передвижение		
36	Я передвигаюсь только в пределах одного здания	76
37	Я все время нахожусь в одной комнате	101
38	Я стал больше времени проводить в постели	91
39	Я нахожусь в постели большую часть времени	114
40	Я теперь не пользуюсь общественным транспортом	52
41	Я большую часть времени провожу дома	79
42	Я выхожу из дома только туда, где рядом есть туалет	64
43	Я не выхожу в город	47
44	Я нахожусь вне дома лишь очень короткое время	46
45	Я не выхожу из дома в темное время суток или в неосвещенные места без спутника, который бы мне помогал	57
Суммарный балл по разделу "Передвижение" (макс. = 727)		
Ведение домашнего хозяйства		
46	Я выполняю работы по дому или около дома лишь в течение коротких временных интервалов, либо часто отдыхаю	50
47	Я выполняю меньше домашней работы, чем обычно	37
48	Я не выполняю никаких из обычных для меня обязанностей по дому	90
49	Я не делаю никаких текущих или ремонтных работ по дому или саду, которые обычно привык делать	75
50	Я не делаю никаких обычных покупок, которые бы должен делать	84
51	Я не выполняю никаких привычных для меня приборок	78
52	Мне трудно выполнять действия, требующие работы кистей и пальцев рук, например, завертывание крана, шитье, использование кухонной техники, мелкий ремонт	78
53	Я не стираю ничего из одежды, которую обычно привык стирать	75
54	Я не выполняю никаких тяжелых работ по дому	59
55	Я отказался от всех домашних дел, связанных с денежными расчетами, например, плата по счетам, банковские операции, отчеты по хозяйству.	69
Суммарный балл по разделу "Ведение домашнего хозяйства" (макс. = 685)		

№	Вопрос/утверждение	Балл
Отдых и развлечения		
56	Я трачу меньше времени на хобби и отдых	32
57	Я реже выхожу из дома с целью развлечься	27
58	Я сократил мой пассивный отдых, например, я реже смотрю телевизор, меньше читаю или играю в карты	50
59	Я вообще перестал пассивно отдыхать, например, я перестал смотреть телевизор, читать или играть в карты	91
60	Я стал отдыхать более пассивно, чем обычно	43
61	Я стал меньше участвовать в общественных мероприятиях	25
62	Я ограничил привычные для меня занятия физическими упражнениями или спортом	34
63	Я совсем не занимаюсь моими привычными физическими упражнениями или спортом	81
Суммарный балл по разделу "Отдых и развлечения" (макс. = 383)		
Социальные взаимодействия		
64	Я реже хожу в гости	31
65	Я совсем перестал ходить в гости	91
66	Я меньше интересуюсь проблемами других людей; например, я не слушаю их, когда они говорят мне о своих проблемах, я не хочу помогать им	50
67	Меня часто стали раздражать окружающие, например, я стал придираться к людям или часто критиковать их	64
68	Я стал более бесчувственным	44
69	Я реже стал участвовать в общественных мероприятиях, чем раньше, например, меньше посещаю вечера или социальные мероприятия	25
70	Я сократил продолжительность встреч с друзьями	31
71	Я избегаю визитеров	73
72	Моя сексуальная активность снизилась	64
73	Я часто выражаю озабоченность своим здоровьем	44
74	Я стал меньше говорить с людьми	44
75	Я стал много требовать от людей, например, я настаиваю, чтобы они что-то делали для меня, или поучаю их, как надо выполнять те или иные дела	76
76	Я большую часть времени нахожусь в одиночестве	91
77	Я конфликтую со своей семьей, например, я веду себя недоброжелательно, или проявляю упрямство	86

№	Вопрос/утверждение	Балл
78	Я часто агрессивен по отношению к членам моей семьи; например, я дерусь, кричу, швыряю предметы	103
79	Я изолирую себя от остальных членов семьи насколько могу	100
80	Я меньше уделяю внимания детям	59
81	Я отказался от контактов со своей семьей, например, я отвернулся от них	109
82	Я не забочусь о своих детях и о своей семье так же хорошо, как это делал раньше	66
8	Я реже стал шутить в кругу своей семьи	38
Суммарный балл по разделу "Социальные взаимодействия" (макс. = 1289)		
Эмоции		
84	Я вижу, насколько я плох или бесполезен, например, я стал обузой для окружающих	89
85	Я внезапно смеюсь или плачу	58
86	Я часто издаю стоны из-за боли или дискомфорта	67
87	У меня была попытка самоубийства	141
88	Я стал нервным или беспокойным	48
89	У меня на теле есть участки кожи, которые словно натертые, вызывают боль или дискомфорт	59
90	Я раздражен и нетерпелив по отношению к себе, например, плохо говорю о себе, ругаю себя, стыжусь себя за происходящее	79
91	Я с безнадежностью говорю о будущем	96
92	Я внезапно пугаюсь	56
Суммарный балл по разделу "Эмоции" (макс. = 693)		
Ясность сознания		
93	Я теряюсь и начинаю одновременно делать несколько дел	74
94	Со мной стали чаще случаться мелкие инциденты: я роняю вещи, падаю при ходьбе, ушибаюсь о предметы	90
95	Я медленнее реагирую на то, что говорят и делают	52
96	Я не заканчиваю выполнение начатых дел	45
97	Мне трудно рассуждать и решать проблемы, к примеру, строить планы, принимать решения, обучаться чему-то новому	78

№	Вопрос/утверждение	Балл
98	Иногда я веду себя так, как если бы был спутан или дезориентирован в месте и времени, к примеру, не понимаю, где я, кто вокруг, какой день сегодня?	115
99	Я многое забываю, например, события, которые недавно произошли, назначенные встречи, или не помню, куда я положил вещи	8
100	Я не могу ни на чем долго сосредоточиться	52
101	Я делаю больше ошибок, чем обычно	49
102	Мне трудно выполнять действия, которые требуют сосредоточенности и концентрации внимания	71
Суммарный балл по разделу "Ясность сознания" (макс. =711)		
Сон и отдых		
103	Я большую часть дня провожу лежа, чтобы отдохнуть	96
104	Я сижу большую часть дня	62
105	Я большую часть времени сплю или дремлю, днем и ночью	111
106	В течение дня я чаще стал ложиться отдохнуть	72
107	Я сижу полусонный	84
108	Я меньше сплю ночью, например, я легко пробуждаюсь, долго не могу заснуть или бодрствую	86
109	В течение дня я сплю или дремлю	80
Суммарный балл по разделу "Сон и отдых" (макс. =591)		
Еда		
110	Я ем много меньше, чем обычно	34
111	Я принимаю пищу самостоятельно, но ем только специально приготовленную пищу или из специальной посуды	76
112	Я ем специальную или особую пищу, например, размельченную, несоленую, нежирную, вареную, или соблюдаю диету с низким содержанием сахара	52
113	Я вообще не ем, только пью	113
114	Я лишь ковыряю или отщипываю пищу	39
115	Я меньше пью жидкости	33
116	При приеме пищи мне требуется посторонняя помощь	95
117	Я вообще не могу принимать пищу самостоятельно, меня вынуждены кормить	121
118	Я вообще не могу есть, питаюсь только через зонд или внутривенные вливания	143
Суммарный балл по разделу "Еда" (макс. =706)		

№	Вопрос/утверждение	Балл
Общение		
119	У меня проблемы при письме или печатании	50
120	Я общаюсь преимущественно с помощью кивков головой, рисования или с помощью знаков	127
121	Моя речь понятна только тем немногим людям, которые меня хорошо знают	94
122	Я часто теряю контроль над своим голосом, когда говорю; например, мой голос становится тише или громче, или неожиданно меняется	59
123	Я не пишу, могу только расписываться	84
124	Я могу поддерживать разговор лишь, когда нахожусь вплотную к человеку или когда смотрю прямо на него	59
125	Я говорю с трудом; например, я заикаюсь, запинаясь, проглатываю слова	76
126	Меня понимают с трудом	89
127	Я не могу выражаться ясно, когда нахожусь в состоянии стресса	47
Суммарный балл по разделу "Общение" (макс. =685)		
Работа		
128	Я вообще не работаю (включая случаи инвалидности по заболеванию)	361
129	Я делаю часть своей работы дома	40
130	Я выполняю меньший объем работ, чем обычно	41
131	Меня часто раздражают мои коллеги по работе, например, я огрызаюсь на них, или часто критикую их	42
132	Я работаю меньше часов	52
133	Я выполняю только легкую работу	56
134	Я работаю только в течение коротких промежутков времени, или вынужден делать частые перерывы для отдыха	65
135	Я работаю на своей обычной работе, но с некоторыми изменениями, например, я использую специальные инструменты или приспособления, или разделяю работу с кем-то другим	36
136	Я выполняю работу не так аккуратно и тщательно, как обычно	50
Суммарный балл по разделу "Работа" (макс.=520)		

Суммарный балл по разделу "Ходьба" (макс.= 1006)

Суммарный балл по разделу "Уход за телом и движения"

Суммарный балл по разделу "Передвижение" (макс.= 727)

Суммарный балл по разделу "Ведение домашнего хозяйства"
(макс.= 685)

Суммарный балл по разделу "Отдых и развлечения" (макс.=383)

Суммарный балл по разделу "Социальные взаимодействия"
(макс.= 1289)

Суммарный балл по разделу "Эмоции" (макс.= 693)

Суммарный балл по разделу "Ясность сознания" (макс.=711)

Суммарный балл по разделу "Сон и отдых" (макс.=591)

Суммарный балл по разделу "Еда" (макс.=706)

Суммарный балл по разделу "Общение" (макс.=685)

Суммарный балл по разделу "Работа" (макс.=520)

Суммарный балл по всем пунктам опросника (макс.=9923)

Данный опросник состоит из 136 утверждений, разделенных на 12 субшкал, которые соответственно характеризуют 12 категорий поведения. Первые четыре характеризуют психосоциальные функции, следующие три — физические функции, оставшиеся пять относятся к независимым категориям деятельности.

Каждое утверждение имеет два возможных варианта ответа: «да» или «нет». Утверждение просят подтвердить ответом «да», если данное высказывание справедливо по отношению к опрашиваемому на момент опроса и имеет отношение к его здоровью.

Суммарный балл для каждой из субшкал и общий суммарный балл получают путем суммирования положительных оценок, полученных по пунктам шкалы с учетом величины балла каждого признака. Величина балла каждого признака рассчитывалась в специальном исследовании. Чем выше суммарный балл, тем менее желательным можно считать полученный результат. Рассчитывают также балл, выраженный в процентах по отношению к максимально возможному для данной шкалы. Возможно также использование не полной версии теста, а лишь отдельных субшкал, в зависимости от цели тестирования (в тех случаях, когда исследователя интересует лишь определенные сферы нарушения жизнедеятельности).

Тест может использоваться для самоопроса либо заполняться с помощью интервьюера.

Тест «Вставай и иди»

Цель: Оценить степень риска падений пациента с помощью контроля за сохранением равновесия и покачиваниями при выполнении им определённых заданий.

Порядок выполнения:

Проведите инструктаж о выполнении заданий в следующем порядке:

1. Сесть на прочный стул с ровной спинкой и высоким сидением на расстоянии 3-х метров от стены, лицом к стене.
2. Встать со стула и ровно постоять.
3. Пройти по направлению к стене и развернуться у стены, не касаясь её.
4. Пройти обратно к стулу.
5. Развернуться.
6. Сесть на стул.

Оценка результатов:

- 1 — норма (указывает на отсутствие риска падений);
- 2 — незначительные отклонения от нормы;
- 3 — умеренные отклонения от нормы;
(2 и 3 предполагает потенциальный риск падений и характеризуется замедленным выполнением заданий, изменением походки, трудностями сохранения равновесия);
- 4 — выраженные отклонения от нормы (указывает на высокий уровень риска падений).

Индекс ходьбы Хаузера

Градации	Пояснения
0	Симптомов болезни нет, активен в полном объеме.
1	Ходит нормально, но отмечает утомляемость при спортивных или иных физических нагрузках.
2	Нарушения походки или эпизодические нарушения равновесия; расстройства ходьбы замечают родственники или друзья; может пройти 8 метров за 10 секунд или быстрее.
3	Ходит без посторонней помощи и вспомогательных средств; может пройти 8 метров за 20 секунд или быстрее.
4	При ходьбе требуется поддержка с одной стороны (трость или один костыль); проходит 8 метров за 25 секунд или быстрее.
5	При ходьбе необходима поддержка с двух сторон (трости, костыли) и проходит 8 метров за 25 секунд или быстрее; или необходима поддержка с одной стороны, но для прохождения 8 метров требуется более 25 секунд.
6	Требуется двусторонняя поддержка и более 20 секунд для прохождения 8 метров; может иногда пользоваться инвалидной коляской.
7	Ходьба ограничивается несколькими шагами с двусторонней поддержкой; не может пройти 8 метров; может пользоваться инвалидной коляской для большей мобильности.
8	Прикован к инвалидной коляске; может перемещаться с ее помощью самостоятельно.
9	Прикован к инвалидной коляске; не может с ее помощью перемещаться самостоятельно.

Примечание: Использование инвалидной коляски зависит от образа жизни и мотиваций больного. Считается, что больные, отнесенные к категории 7, пользуются инвалидной коляской чаще, чем отнесенные к категориям 5 и 6. Тем не менее, определение категории в диапазоне от 5 до 7 в первую очередь зависит от способности больного пройти определенное расстояние, а не от частоты использования инвалидной коляски.

Шкала уровня реабилитации постинсультных больных Р. И. Львовой

I уровень: полная компенсация нарушенных функций, свободное владение навыками самообслуживания и трудовых действий (оценки 5 и 6 по 6-ти балльной шкале). Больные ведут активный образ жизни с независимым существованием.

- (1) работают на обычном производстве по специальности и в прежней должности;
- (2) активно занимаются домашним хозяйством (пенсионеры по возрасту).

II уровень: значительная компенсация нарушенных функций. Владение навыками самообслуживания и трудовыми навыками оценивается 3 и 4 баллами, в повседневной жизни небольшая зависимость от окружающих.

- (1) работают на обычном производстве по специальности, но в иной должности (более легкий труд);
- (2) работают в лечебно-трудовых мастерских по специальности
- (3) работают на дому по специальности;
- (4) занимаются домашним трудом, себя обслуживают почти полностью (пенсионеры по возрасту).

III уровень: незначительная компенсация нарушенных функций. Способность к самообслуживанию и трудовым действиям оценивается 3 и 2 баллами. В повседневной жизни большая зависимость от окружающих.

- (1) работают на обычном производстве не по специальности (легкий неквалифицированный труд);
- (2) работают в лечебно-трудовых мастерских не по специальности (овладели доступным трудовым навыком путем переобучения);
- (3) работают на дому не по специальности;
- (4) выполняют легкую домашнюю работу, себя обслуживают частично.

IV уровень: декомпенсация нарушенных функций. Резкое ограничение самообслуживания и трудовой деятельности (оценка 1 и 2 балла). В повседневной жизни почти полная зависимость от окружающих.

- (1) обслуживают себя частично, нагрузки по дому не несут;
- (2) себя не обслуживают, нуждаются в постоянном постоянном уходе;

В данной шкале выделено 4 уровня реабилитации постинсультных больных в зависимости от достигнутой степени компенсации нарушенных функций и 6-балльная оценка исходов восстановительного лечения.

Индекс реинтеграции в нормальную жизнь (по S. Wood-Dauphinee и соавт.)

Оцените справедливость каждого из утверждений, используя приведенную ниже десятисантиметровую визуально-аналоговую шкалу.

**Данное утверждение не
описывает мою
ситуацию**

**Данное утверждение
полностью описывает
мою ситуацию**

- - - - -

Утверждения

1. Я могу передвигаться в пределах моего жилища так, как мне требуется (для передвижения могут использоваться инвалидное кресло-каталка, другое оборудование или приспособления).
2. Я могу передвигаться в пределах моего района проживания так, как мне требуется (для передвижения могут использоваться инвалидное кресло-каталка, другое оборудование или приспособления).
3. Я могу совершать загородные поездки тогда, когда мне требуется (для передвижения могут использоваться инвалидное кресло-каталка, другие устройства или приспособления).
4. Меня устраивает, как решаются мои проблемы, связанные с самообслуживанием (одевание, прием пищи, туалет, мытье).
5. Я большую часть дней занят той работой, которая необходима или важна для меня (такой работой может считаться оплачиваемая работа, ведение домашнего хозяйства, добровольная неоплачиваемая работа, школа и др.); могут использоваться вспомогательные приспособления, наблюдение и/или помощь.
6. Я имею возможность отдыхать так, как мне хочется (хобби, спорт, игры, чтение, пользование телевизором, компьютером и т.д.).

7. Я участвую в общественных мероприятиях, общаюсь с семьей, друзьями и/или знакомыми так, как это мне это необходимо или желательно.
8. Я выполняю ту роль в семье, которая соответствует моим потребностям и потребностям остальных членов семьи (членами семьи считаются близкие, проживающие вместе с вами, и/или те родственники, с которыми Вы не живете вместе, но регулярно общаетесь); могут использоваться вспомогательные приспособления, наблюдение и/или помощь.
9. В целом меня устраивают мои личностные отношения.
10. В целом я чувствую себя комфортно, когда нахожусь в компании других людей.
11. Я чувствую, что в состоянии справиться с теми проблемами, которые возникают в моей жизни.

Данный тест предназначен измерять степень адаптации больного к ограничениям, которые вызваны болезнью, и включает несколько вопросов, касающихся мобильности пациента, возможностей его самообслуживания. Больного просят прочитать одиннадцать утверждений и оценить справедливость каждого из утверждений, используя десятисантиметровую визуально-аналоговую шкалу. Крайними полюсами шкалы являются утверждения «Не описывает мою ситуацию» и «Полностью описывает мою ситуацию». Оценка по каждому высказыванию, согласно методике авторов, может варьировать от 1 до 10. Оценки, данные обследуемым по каждому утверждению, суммируют и получают итоговый балл. Данный тест был апробирован на больных, перенесших мозговой инсульт.

Проверка слуха

Для того чтобы оценить состояние слуха пациента можно провести простой тест. Необходимо задать 15 вопросов. Четырнадцать из них самому больному, а пятнадцатый — родственникам. На каждый вопрос возможен один из четырех ответов:

- почти всегда;
- в половине случаев;
- иногда;
- никогда.

Ниже приводится перечень вопросов:

- Я плохо слышу по телефону;
- Мне сложно следить за разговором, если одновременно в нем участвуют более двух человек;
- Когда я смотрю телевизор, окружающие жалуются, что я включаю слишком громкий звук;
- Я должен напрягаться, чтобы услышать и понять разговор;
- Я не слышу телефонного звонка и звонка в дверь;
- Я не слышу разговорную речь, если присутствует посторонний шум (например, шум во время какого-то мероприятия);
- Я не могу определить, откуда доносятся звуки;
- Я не могу разобрать некоторых слов во время разговора и прошу, чтобы мне повторили;
- Мне сложнее разобрать женскую и детскую речь;
- Я работал в условиях с высоким уровнем шума (завод, стройка);
- Многие люди, с которыми мне приходится говорить, не четко произносят слова;
- Людей раздражает то, что я не понимаю, о чем они говорят;
- Я не понял, о чем говорили окружающие, и неправильно отреагировал;
- Я стараюсь избежать общественных мероприятий, потому что плохо слышу и боюсь, что могу неправильно отреагировать на сказанное;

- Попросите ответить на этот вопрос одного из членов семьи или друга: считаете ли Вы, что у этого человека имеются проблемы со слухом?

Оценка результатов

Для оценки результатов следует подсчитать общее количество набранных баллов. Каждый ответ «почти всегда» получает 3 балла, «в половине случаев» — 2 балла, «иногда» — 1 балл и «никогда» — 0. Если у одного из Ваших близких родственников имеется потеря слуха, Вам следует добавить еще 3 балла. Полученную сумму сравните со шкалой результатов:

- 0—5 — У Вас все в порядке со слухом. Не следует предпринимать никаких действий;
- 6—9 — Вам рекомендуется проверить слух у специалиста;
- 10 и более — Вам необходимо обратиться к врачу.

Память в ежедневной жизни

Инструкция: Ниже приведены 28 утверждений насчет забывчивости, которая иногда свойственна каждому в повседневной жизни. Отметьте, пожалуйста, насколько часто указанные явления случались с вами на протяжении последних трех месяцев, используя цифровое обозначение представленных ниже вариантов ответов.

- 0 — ни разу за последние три месяца;
- 1 — примерно один раз за последние три месяца;
- 2 — чаще, чем один раз за три последних месяца, но реже чем один раз в месяц;
- 3 — приблизительно один раз в месяц;
- 4 — чаще, чем один раз в месяц, но реже чем один раз в неделю;
- 5 — приблизительно один раз в неделю;
- 6 — чаще, чем один раз в неделю, но реже чем один раз в день;
- 7 — приблизительно один раз в день;
- 8 — чаще, чем один раз в день.

Суммарный балл может варьировать от нуля до теоретически возможного значения 224 (деменция).

№/ ответ	Утверждение
1__	Забываете, куда Вы положили ту или иную вещь. Не можете найти те или иные предметы в доме.
2__	Не можете узнать место, в котором, со слов окружающих, Вы бывали раньше.
3__	Вам сложно следить за развитием сюжета в телесериале.
4__	Не запоминаете изменений в привычном распорядке дня или в привычных действиях (по ошибке продолжаете искать вещь там, где привыкли ее хранить, несмотря на изменение места хранения, или по ошибке ожидаете событий в привычное время, несмотря на то, что произошло изменение расписания данных событий).
5__	Вынуждены возвращаться, чтобы проверить, выполнили ли Вы то, что хотели сделать.

№/ ответ	Утверждение
6__	Забываете, когда произошло то или иное событие - например, было ли это вчера или на прошлой неделе.
7__	Забываете взять с собой нужную вещь, или оставляете свои вещи и вынуждены возвращаться, чтобы забрать их.
8__	Забываете то, что Вам говорили несколько дней назад, Вам вынуждены напоминать об этом.
9__	Начинаете что-то читать (книгу, либо статью в газете или журнале), не вспомнив, что Вы уже читали это раньше.
10__	Позволяете себе "перескакивать" с мысли на мысль, говорить о неважных или несущественных вещах.
11__	Не узнаете по внешнему виду близких друзей или родственников, которых часто встречаете.
12__	С трудом овладеваете новыми навыками - например, вам тяжело выучить правила новой игры, или выполнить какой-либо новый прием или способ после того, как Вы попрактиковались в этом лишь один или два раза.
13__	Забываете нужные слова, с трудом подбирая их при разговоре.
14__	Совершенно забываете сделать те вещи, которые собирались выполнить.
15__	Забываете важные детали того, что Вы делали или что с Вами происходило днем раньше.
16__	В разговоре забываете то, что Вы только что сказали. Может быть, произносите: "О чем это я только что говорил?"
17__	Читая газету или журнал, теряете нить сюжета, забывая прочитанное.
18__	Забываете сказать что-то важное. Возможно, забываете передать сообщение или напомнить кому-либо о том, о чем обещали.
19__	Забываете важные детали, касающиеся Вас лично - например, дату своего дня рождения, или свое местожительство.

№/ ответ	Утверждение
20__	Путаете информацию, которую Вам сообщают.
21__	Рассказываете историю или анекдот, которые уже рассказывали данному человеку.
22__	Забываете детали тех действий, которые выполняете регулярно на работе или дома (например, забываете, когда это надо делать, или как это надо делать).
23__	Замечаете, что лица известных людей, которые Вы видите по телевизору или на фотографиях, стали казаться Вам незнакомыми.
24__	Забываете, где Вы обычно храните свои вещи, или ищете их в совсем неподходящем месте.
25__	Теряете дорогу, идете в неправильном направлении в тех местах, где вы часто до этого бывали.
26__	Теряете дорогу, идете в неправильном направлении в тех местах, где Вы до этого бывали один или два раза.
27__	По ошибке дважды выполняете некоторые привычные действия, например, дважды кладете заварку в заварочный чайник или собираетесь причесаться, хотя только что это сделали.
28__	Повторяете собеседнику то, что уже только что сказали ему, или дважды задаете ему один и тот же вопрос.

Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее (по Н. Vernon)

Раздел 1. Интенсивность болей

- A. У меня нет сейчас болей в шее.
- B. У меня есть легкие боли в шее.
- C. Боли непостоянны и умеренны.
- D. Боли умеренные, постоянные.
- E. Боли сильные, непостоянные.
- F. Боли сильные и постоянные.

Раздел 2. Самообслуживание

- A. Я могу обслуживать себя без появления дополнительных болей.
- B. Я могу обслуживать себя нормально, но это вызывает появление болей.
- C. Самообслуживание болезненно и мне приходится быть медлительным и осторожным.
- D. Я нуждаюсь в некоторой помощи для того, чтобы справиться с самообслуживанием.
- E. Я нуждаюсь в каждодневной помощи по большинству вопросов, связанных с самообслуживанием.
- F. Я не могу одеваться, умываюсь с трудом и нахожусь в постели.

Раздел 3. Поднятие тяжестей

- A. Я могу поднимать тяжести без появления дополнительных болей.
- B. Я могу поднимать тяжести, но это вызывает появление болей.
- C. Боли не дают мне поднимать тяжелые предметы с пола, но я могу это сделать, опираясь на стол или другую опору.
- D. Боли не дают мне поднимать предметы с пола, но я легко могу сделать это с предметами среднего веса, если они удобно расположены.
- E. Я могу поднимать только легкие предметы.
- F. Я не могу поднимать или переносить предметы.

Раздел 4. Чтение

- А. Я могу читать столько, сколько захочу.
- В. Я могу читать столько, сколько захочу с легкой болью в шее.
- С. Я могу читать столько, сколько захочу с умеренной болью в шее.
- Д. Я не могу читать столько, сколько захочу из-за умеренной боли в шее.
- Е. Я не могу читать столько, сколько захочу из-за сильной боли в шее.
- Ф. Я не могу читать совсем.

Раздел 5. Головная боль

- А. У меня нет головных болей.
- В. У меня нечасто бывают слабые головные боли.
- С. У меня бывают нечастые умеренные головные боли.
- Д. У меня часто бывают умеренные головные боли.
- Е. У меня часто бывают сильные головные боли.
- Ф. Голова болит постоянно.

Раздел 6. Концентрация внимания

- А. Я могу полностью сосредотачиваться на чем-либо без особых трудностей.
- В. Я могу полностью сосредотачиваться на чем-либо с некоторыми трудностями.
- С. У меня есть умеренные трудности в сосредоточении на том, что я хочу.
- Д. У меня есть значительные трудности в сосредоточении на том, что я хочу.
- Е. У меня есть очень большие трудности в сосредоточении на том, что я хочу.
- Ф. Я не могу сосредоточиться совсем.

Раздел 7. Работа

- А. Я могу работать столько, сколько мне нужно.
- В. Я могу делать только свою обычную работу, не более.
- С. Я могу делать большую часть своей обычной работы, не более.
- Д. Я не могу делать свою обычную работу.
- Е. Я с трудом делаю какую-либо работу.
- Р. Я не могу работать совсем.

Раздел 8. Вождение

- А. Я занимаюсь вождением автомобиля без болей в шее.
- В. Я могу водить машину столько, сколько мне нужно со слабой болью в шее.
- С. Я могу водить машину столько, сколько мне нужно с умеренной болью в шее.
- Д. Я не могу водить машину столько, сколько мне нужно из-за умеренной боли в шее.
- Е. Я с трудом могу водить машину из-за сильной боли в шее.
- Ф. Я не могу водить машину совсем.

Раздел 9. Сон

- А. Я сплю хорошо.
- В. Мой сон слегка нарушен (менее чем один час бессонницы).
- С. Мой сон немного нарушен (менее чем два часа бессонницы).
- Д. Мой сон умеренно нарушен (2—3 часа бессонницы).
- Е. Мой сон сильно нарушен (3—5 часов бессонницы).
- Ф. Мой сон полностью нарушен (5—7 часов бессонницы).

Раздел 10. Отдых

- А. Я могу отдыхать и развлекаться без боли в шее.
- В. Я могу отдыхать и развлекаться с некоторой болью в шее.
- С. Я могу отдыхать и развлекаться из-за болей в шее с небольшими ограничениями.
- Д. Я могу отдыхать и развлекаться с большими ограничениями из-за болей в шее.
- Е. Я с большим трудом делаю что-то для своего отдыха и развлечения из-за болей в шее.
- Ф. Я не могу отдыхать и развлекаться совсем.

Опросник содержит 10 разделов, в каждом из которых по 6 утверждений. Ответы под буквой А оцениваются в 0 баллов, под буквами В, С, D, Е и F — соответственно в 2, 3, 4, и 5 баллов. Полученные баллы суммируются, максимальное число баллов равно 50.

Интерпретация проводится по следующей схеме:

- 0 — нет нарушений;
- 5 — 14 — легкие нарушения;
- 15 — 24 — умеренные нарушения;
- 25 — 34 — тяжелые нарушения;
- более 34 — функция нарушена полностью.

Осветровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины

Инструкция. Этот опросник предназначен для того, чтобы дать врачу информацию о том, насколько Ваша боль в спине нарушает Вашу деятельность в повседневной жизни. Пожалуйста, дайте ответ по каждому разделу. Для этого зачеркните в каждом разделе только один кружочек напротив наиболее подходящего для Вас утверждения. Даже если Вы считаете, что два утверждения верны по отношению к Вам, выберите все же только одно из них, наиболее точно описывающее Ваше состояние.

Раздел 1. Интенсивность боли

- Я могу переносить боль без приема болеутоляющих лекарств.
- Боль сильная, но я справляюсь с ней без болеутоляющих лекарств.
- Болеутоляющие лекарства полностью избавляют меня от боли.
- Болеутоляющие лекарства умеренно облегчают боль.
- Болеутоляющие лекарства очень слабо уменьшают боль.
- Болеутоляющие лекарства не действуют на боль, и я не принимаю их.

Раздел 2. Самообслуживание (умывание, одевание и пр.)

- Самообслуживание не нарушено и не вызывает дополнительной боли.
- Самообслуживание не нарушено, но вызывает дополнительную боль.
- При самообслуживании из-за усиливающейся боли я действую замедленно.
- При самообслуживании я нуждаюсь в некоторой помощи, однако большинство действий выполняю самостоятельно.
- Я нуждаюсь в помощи при выполнении большинства действий по самообслуживанию.
- Я не могу одеться, умываюсь с большим трудом и остаюсь в постели.

Раздел 3. Поднимание предметов

- Я могу поднимать тяжелые предметы без появления дополнительной боли.
- Я могу поднимать тяжелые предметы, но это усиливает боль.
- Боль мешает мне поднимать тяжелые предметы, но я могу поднять их, если они удобно расположены, например, на столе.
- Боль мешает мне поднимать тяжелые предметы, но я могу поднимать предметы средней тяжести, если они удобно расположены.
- Я могу поднимать только очень легкие предметы.
- Я не могу поднимать или удерживать никакие предметы.

Раздел 4. Ходьба

- Боль не мешает мне проходить любые расстояния.
- Боль мешает мне пройти более 1 километра.
- Боль мешает мне пройти более $\frac{1}{2}$ километра.
- Боль мешает мне пройти более $\frac{1}{4}$ километра.
- Я могу ходить только при помощи трости или костылей.
- В основном я лежу в постели и с трудом добираюсь до туалета.

Раздел 5. Сидение

- Я могу сидеть на любом стуле как угодно долго.
- Я могу сидеть долго только на моем любимом стуле.
- Боль мешает мне сидеть более 1 часа.
- Боль мешает мне сидеть более $\frac{1}{2}$ часа.
- Боль мешает мне сидеть более 10 минут.
- Из-за боли я совсем не могу сидеть.

Раздел 6. Стояние

- Я могу стоять как угодно долго без усиления боли.
- Я могу стоять как угодно долго, но это вызывает усиление боли.
- Боль мешает мне стоять более 1 часа.
- Боль мешает мне стоять более 30 минут.

- Боль мешает мне стоять более 10 минут.
- Из-за боли я совсем не могу стоять.

Раздел 7. Сон

- Сон у меня хороший и боль не нарушает его.
- Крепко спать я могу только с помощью таблеток.
- Даже приняв таблетки, я сплю менее 6 часов ночью.
- Даже приняв таблетки, я сплю менее 4 часов ночью.
- Даже приняв таблетки, я сплю менее 2 часов ночью.
- Из-за боли я совсем не сплю.

Раздел 8. Сексуальная жизнь

- Моя сексуальная жизнь нормальна и не вызывает дополнительной боли.
- Моя сексуальная жизнь нормальна, но вызывает усиление болей.
- Моя сексуальная жизнь почти нормальна, но резко усиливает боли.
- Боль значительно ограничивает мою сексуальную жизнь.
- Боль почти полностью препятствует сексуальной жизни.
- Из-за боли сексуальная жизнь невозможна.

Раздел 9. Общественная жизнь

- Моя общественная жизнь нормальна и не вызывает усиления болей.
- Моя общественная жизнь нормальна, но вызывает усиление болей.
- Боль существенно не нарушает мою общественную жизнь, но ограничивает те виды деятельности, которые требуют больших затрат энергии (например, танцы).
- Боль ограничивает мою общественную жизнь, и из-за боли я часто не могу выйти из дома.
- Боль ограничила мою общественную жизнь только областью моего дома.
- Из-за боли я совсем не участвую в общественной жизни.

Раздел 10. Поездки

- Я могу ездить куда угодно без усиления боли.
- Я могу ездить куда угодно, но это вызывает усиление боли.
- Боль мешает мне совершать поездки более 1 часа.
- Из-за боли я могу совершать лишь самые необходимые поездки длительностью не более 30 минут.
- Боль мешает всем моим поездкам, кроме визитов к врачу.

Данный опросник включает десять разделов, описывающих как жалобы, так и нарушения в различных сферах жизнедеятельности больного. В каждом разделе приведены по шесть описаний возможного состояния больного, из них каждое первое оценивается в 0 баллов, каждое шестое — в 5 баллов (о системе оценки больной не должен знать). Тотальная оценка производится путем деления суммы полученных баллов по всем секциям на максимально возможную сумму баллов (50) с выражением полученного показателя в процентах. В том случае, если больной по каким-то соображениям не дает ответа по одной из секций, полученная сумма баллов делится на максимально возможную сумму баллов по тем секциям, на которые пациент ответил.

Шкала оценки влияния артрита (по R. Meenan и соавт.)

Инструкция. Пожалуйста, ответьте на каждый из следующих вопросов о Вашем здоровье. Большинство вопросов посвящено Вашему здоровью в течение последнего месяца. Не существует правильных или не правильных ответов на вопросы. Для большинства ответов достаточно поставить значок X в соответствующую графу.

Эти вопросы посвящены уровню мобильности

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
1. Как часто Вы были в состоянии водить машину или пользоваться общественным транспортом?					
2. Как часто Вы выходили из дому по крайней мере на днях?					
3. Как часто Вы были в состоянии выполнять поручения, не требовавшие удаляться далеко от дома?					
4. Как часто кто-нибудь должен был помогать Вам, чтобы Вы могли добираться в места, расположенные за пределами Вашего дома?					
5. Как часто Вы находились в постели или в кресле весь день?					

Эти вопросы посвящены ходьбе и способности нагибаться

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
6. Имели ли Вы проблемы, связанные с энергичными видами деятельности, такими как бег, поднятие тяжелых предметов или другими видами спорта, требующими усилий?					
7. Были ли у Вас проблемы при ходьбе на несколько кварталов или при подъеме на несколько пролетов лестницы?					
8. Были ли у Вас проблемы при наклонах, сгибании или разгибании?					
9. Имели ли Вы проблемы, связанные с ходьбой на один квартал или подъеме на один пролет лестницы?					
10. Были ли Вы в состоянии ходить без помощи других людей, палки, костылей или ходуль?					

Эти вопросы касаются функции кисти и пальцев

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
11. Могли ли Вы с легкостью писать ручкой или карандашом?					
12. Могли ли Вы с легкостью застегивать рубашку или блузку?					
13. Могли ли Вы с легкостью открывать ключом дверь?					
14. Могли ли Вы с легкостью завязать узел или бант?					
15. Могли ли Вы с легкостью открыть новую банку с едой?					

Эти вопросы касаются функции руки

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
16. Могли ли Вы с легкостью вытереть рот салфеткой?					
17. Могли ли Вы с легкостью надеть пуловер?					
18. Могли ли Вы с легкостью расчесать волосы?					
19. Могли ли Вы с легкостью достать Вашу поясницу рукой?					
20. Могли ли Вы с легкостью достать полку над Вашей головой?					

Эти вопросы касаются самообслуживания

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
21. Нуждались ли Вы в помощи для принятия ванны или мытья в душе?					
22. Нуждались ли Вы в помощи во время одевания?					
23. Нуждались ли Вы в помощи для пользования туалетом?					
24. Нуждались ли Вы в помощи для того, чтобы лечь или встать с кровати?					

Эти вопросы касаются работы по дому

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
29. Как часто Вы собирались быть вместе с друзьями и родственниками?					
30. Как часто Вы виделись с друзьями и родственниками в своем доме?					
31. Как часто Вы говорили по телефону с близкими друзьями и родственниками?					
32. Как часто Вы ходили в церковь, на собрания своего клуба?					

Эти вопросы касаются поддержки семьи и друзей

В течение последнего месяца	Всегда (1)	Очень часто (2)	Иногда (3)	Почти никогда (4)	Никогда (5)
34. Вы чувствовали, что Ваша семья и друзья рядом, когда Вы нуждаетесь в помощи?					
35. Вы чувствовали, что Ваша семья и друзья отзываются на Ваши личные потребности?					
36. Вы чувствовали, что Ваша семья и друзья заинтересованы в том, чтобы помочь решить Ваши проблемы					
37. Вы чувствовали, что Ваша семья и друзья понимают, в какой степени артрит влияет на Вашу жизнь?					

Эти вопросы касаются болей при артрите

В течение последнего месяца	Сильные (1)	Умеренные (2)	Слабые (3)	Очень слабые(4)	Нет(5)
38. Как Вы можете описать боли в суставах, которые у Вас обычно имеются?					

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет (5)
39. Как часто у Вас бывают сильные боли в суставах?					
40. Как часто у вас бывают боли в двух и более суставах одновременно?					
41. Как часто утром тугоподвижность в Ваших суставах продолжается час и более?					
42. Как часто боли в суставах мешают Вам спать?					

Эти вопросы касаются Вашей работы

В течение последнего месяца	Оплачиваемая (1)	Работа по дому (2)	Учеба в школе (3)	Не работаете (4)	Инвалид (5)	На пенсии по возрасту (6)
43. Какова основная форма Вашей работы?						

Если вы инвалид или пенсионер по возрасту, пожалуйста, пропустите вопросы 44—48 и отвечайте на следующие

В течение последнего месяца	Всегда (1)	Очень часто (2)	Иногда (3)	Почти никогда (4)	Никогда (5)
44. Вы были не в состоянии выполнять оплачиваемую работу, работу по дому или учиться?					
45. В те дни, когда Вы работали, как часто Вы делали неполный рабочий день?					
46. В те дни, когда Вы работали, как часто Вы были не в состоянии тщательно и аккуратно выполнять свою работу?					
47. В те дни, когда Вы работали, как часто Вам приходилось менять обычный способ выполнения своей работы?					

Эти вопросы касаются уровня напряжения

В течение последнего месяца	Всегда (1)	Очень часто (2)	Иногда (3)	Почти никогда (4)	Никогда (5)
48. Как часто Вы чувствовали напряжение или взвинченность?					
49. Как часто Вы были обеспокоены или нервными?					
50. Как часто Вы чувствовали расслабленность или свободу от напряжения?					
51. Как часто Вы чувствовали покой или умиротворенность?					

Эти вопросы касаются настроения

В течение последнего месяца	Всегда (1)	Очень часто (2)	Иногда (3)	Почти никогда (4)	Никогда (5)
53. Как часто Вам нравилось делать то, что вы делали?					
54. Как часто Вы были в плохом или очень плохом настроении?					
55. Как часто Вы чувствовали, что ничто не изменится так, как бы Вы этого хотели?					
56. Как часто Вы чувствовали, что другим было бы лучше, если бы Вы умерли?					
57. Как часто Вы чувствовали себя таким ненужным, что ничего не могло утешить Вас?					

Эти вопросы касаются удовлетворенности каждой области состояния здоровья

58. В течение последнего месяца насколько Вы были удовлетворены каждой из этих областей состояния здоровья?	Очень удовлетворен (1)	В основном удовлетворен (2)	Ни то, ни другое (3)	В основном не удовлетворен (4)	Очень не удовлетворен (5)
Мобильность (например, вылазки за пределы дома)					
Ходьба и наклоны (например, ходьба по лестнице)					
Работа кисти и пальцев (например, завязать галстук)					
Функция руки (например, причесать волосы)					
Самообслуживание (например, принять ванну)					
Работа по дому (например, домашнее хозяйство)					
Социальная активность (например, визиты к друзьям)					
Поддержка семьи (например, помощь в решении Ваших проблем)					
Работа (например, сокращение часов работы)					
Напряженность (например, чувствовали себя в напряжении)					
Настроение (например, были расстроены)					

Эти вопросы касаются нарушения каждой из областей здоровья из-за артрита

59. Насколько ваши проблемы в каждой из областей здоровья были связаны с артритом?	Не было проблем (0)	Вызвано полностью другими причинами (1)	Вызвано частично др. причинами (2)	Вызвано частично артритом (3)	Вызвано в основном артритом (4)	Вызвано полностью артритом (5)
Мобильность (например, вылазки за пределы дома)						
Ходьба и наклоны (например, ходьба по лестнице)						
Работа кисти и пальцев (например, завязать галстук)						
Функция руки (например, причесать волосы)						
Самообслуживание (например, принять ванну)						
Работа по дому (например, домашнее хозяйство)						
Социальная активность (например, визиты к друзьям)						
Поддержка семьи (например, помощь в решении Ваших проблем)						
Работа (например, сокращение часов работы)						
Напряженность (например, чувствовали себя в напряжении)						
Настроение (например, были расстроены)						

Вы отвечаете теперь на **вопрос, касающийся различных областей вашего здоровья**. Эти области перечислены ниже. Пожалуйста, поставьте значок X только напротив тех трех областей, в которых Вы бы хотели видеть наибольшее улучшение.

60. Области здоровья	Три области улучшения
Мобильность (например, вылазки за пределы дома)	
Ходьба и наклоны (например, ходьба по лестнице)	
Работа кисти и пальцев (например, завязать галстук)	
Функция руки (например, причесать волосы)	
Самообслуживание (например, принять ванну)	
Работа по дому (например, домашнее хозяйство)	
Социальная активность (например, визиты к друзьям)	
Поддержка семьи (например, помощь в решении Ваших проблем)	
Работа (например, окрашивание часов работы)	
Напряженность (например, чувствовали себя в напряжении)	
Настроение (например, были расстроены)	

Пожалуйста, убедитесь, что Вы выбрали не более трех областей.

Пожалуйста, отметьте наиболее подходящий для Вас ответ.

Эти вопросы касаются вашего недавнего или будущего здоровья

	Прекрасное (1)	Хорошее (2)	Плохое (3)	Очень плохое (4)	
61.Как Вы можете оценить свое здоровье сейчас?					
	Очень удовлетворен (1)	В основном удовлетворен (2)	Ни то, ни другое (3)	В основном не удовлетворен (4)	Очень не удовлетворен (5)
62.Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем сейчас?					
	Не было проблем(0)	Вызвано полностью другими причинами (1)	Вызвано частично др. причинами (2)	Вызвано частично артритом (3)	Вызвано в основном артритом (4)
63.Насколько проблемы с Вашим здоровьем на сегодняшний день вызваны Вашим артритом?					
	Прекрасное (1)	Хорошее (2)	Плохое (3)	Очень плохое (4)	
64.Как Вы можете оценить состояние Вашего здоровья через 10 лет?					
	Не будет совсем проблем (1)	Небольшие проблемы (2)	Умеренные проблемы (3)	Большие проблемы (4)	
65.Какие проблемы со здоровьем Вы предполагаете у себя через 10 лет?					

Эти вопросы касаются общего воздействия артрита

	Очень хорошо (1)	Хорошо (2)	Средне (3)	Плохо (4)	Очень плохо (5)
66. Как Вы чувствуете себя в сравнение с другими людьми вашего возраста?					

67. Какого рода артрит Вы имеете

Ревматоидный	
Дегенеративный	
Системная красная волчанка	
Фибромиалгия	
Склеродермия	
Псориатический	
Синдром Рейтера	
Подагра	
Боль в пояснице	
Тендинит или бурсит	
Остеопороз	

68. Сколько лет назад появился ваш артрит _____

В течение последнего месяца	Все дни (1)	Большинство дней (2)	Некоторые дни (3)	Несколько дней (4)	Нет совсем (5)
69.Насколько часто Вы принимали лекарства по поводу артрита?					

70.Имеются ли у Вас в настоящее время какие-либо из ниже перечисленных проблем со здоровьем?

	Да (1)	Нет (2)
Высокое кровяное давление		
Заболевания сердца		
Психические болезни		
Диабет		
Рак		
Алкоголизм или наркомания		
Заболевания легких		
Заболевания почек		
Заболевания печени		
Язва желудка и другие болезни желудка		
Анемия и другие болезни крови		

	Да (1)	Нет (2)
71.Принимаете ли Вы лекарства каждый день по поводу др. заболеваний (кроме артрита)?		
72.Встречались ли Вы с врачом более 3 раз в год по поводу др. заболеваний?		

Представьте, пожалуйста, следующую информацию о себе

73. Ваш возраст _____

74. Ваш пол (мужчина – 1, женщина – 2) _____

75. Расовая принадлежность

Белый (1) _____

Черный (2) _____

Латиноамериканец (3) _____

Азиат или житель тихоокеанских островов (4) _____

Американский индеец или алеут (5) _____

Другие (6) _____

76. Ваше семейное положение

Женат (замужем) (1) _____

Неженат (незамужем) (2) _____

Разведен (3) _____

Вдовец (4) _____

Никогда не был женат (5) _____

77. Уровень вашего образования

Менее чем 7 лет школы (1) _____

От 7 до 9 лет школы (2) _____

10–11 лет школы (3) _____

Полное школьное образование (4) _____

Неполное высшее (6) _____

Высшее (7) _____

78. Вопрос касается размера собственного семейного дохода (в \$)

Данный вариант теста содержит 78 вопросов. Первые 57 вопросов разделены по 12 субшкалам: уровень мобильности, ходьба и наклоны, функция кисти и пальцев, функция руки самообслуживание, работа по дому, общественная деятельность, поддержка семьи и друзей, боли в суставах, работа, уровень напряжения, настроение. К каждой субшкале относится по 5 вопросов. 58-й вопрос касается удовлетворенности респондента по каждой из 12 субшкал здоровья. Ответы на вопрос относятся к тому, насколько имеющиеся проблемы со здоровьем обусловлены

наличием артрита. Вопрос касается выбора трех областей, по которым пациенты хотели бы видеть улучшение. Вопросы 61 — 65 оценивают восприятие пациентом своего недавнего и будущего здоровья. Вопрос направлен на восприятие пациентом общего влияния артрита, 67-й и 68-й вопросы позволяют идентифицировать форму артрита и его продолжительность. Медикаментозному лечению посвящен 69-й вопрос. Вопросы 70—72 описывают сопутствующую патологию, а вопросы от 73 до 78 — пол, возраст и другие демографические показатели.

Опросник заполняется пациентом самостоятельно, что занимает около 20 минут. Субшкалы опросника построены таким образом, что низкие оценки по ним означают более высокий уровень здоровья. Для того, чтобы избежать систематических тенденционных ответов пациента, варианты ответов были перемешаны таким образом, чтобы последний ответ не относился к плохому состоянию здоровья.

Оценка состояния здоровья по опроснику предполагает суммирование сырых баллов и их последующую нормализацию. Нормализованные баллы составляют ряд от 0 до 10, причем 0 означает хорошее состояние здоровья, а 10 — плохое. Существует также система подсчета баллов при пропущенных пациентом пунктах.

Возможности кисти (по M.Penta)

Инструкция. Пожалуйста, отметьте в соответствующих графах возможности выполнения Вашей больной кистью перечисленных действий

№	Действия	Очень легко	Легко	Не очень трудно	Очень трудно
1	Завинчивание гаек				
2	Продевание нитки в иглоку				
3	Пользование отверткой				
4	Забивание гвоздей				
5	Использование степлера				
6	Лущение орехов				
7	Пользование пилочкой для ногтей				
8	Вскрытие пакета с чипсами				
9	Застегивание брючных пуговиц				
10	Использование кнопок на одежде				
11	Застегивание браслета на часах				
12	Рисование				
13	Резание мяса				
14	Застегивание рубашки, блузки				
15	Собирание монет со стола				
16	Открывание замка ключом				
17	Доставание денег из кармана				

№	Действия	Очень легко	Легко	Не очень трудно	Очень трудно
18	Замешивание теста				
19	Машинопись				
20	Застегивание молний				
21	Снятие шелухи с лука				
22	Заполнение банковских счетов				
23	Пользование четырехцветной ручкой для письма				
24	Пользование ложкой				
25	Застегивание молнии на брюках				
26	Укладывание волос				
27	Выдавливание пасты на зубную щетку				
28	Вставление дискеты в дисковод				
29	Открывание консервных банок				
30	Открывание дверей				
31	Намазывание масла на бутерброд				
32	Причесывание				
33	Чистка зубов				
34	Оборачивание бумагой подарков				
35	Мытье рук				
36	Удерживание бутерброда при еде				
37	Набор телефонного номера				

№	Действия	Очень легко	Легко	Не очень трудно	Очень трудно
38	Перенос стакана с водой на стол				
39	Разворачивание шоколадки				
40	Питье из стакана				
41	Включение радио				
42	Пользование дверным звонком				
43	Умывание лица				
44	Чистка носа				
45	Включение света				
46	Включение телевизора				

Опросник заполняется на основании ответов пациентов. Ответы ранжированы по следующим категориям: 0 баллов — очень трудно, 2 балла — легко и 3 балла — очень легко. Полученные результаты в итоге суммируются.

Таблицы

Проблемы людей пожилого возраста

Социальные проблемы

- Уход с работы (потеря социальной роли, значимого места в обществе).
- Необходимость приспосабливаться к окружающей действительности.
- Трудность приспособления к новым условиям существования, новому социальному статусу.
- Потеря способности самообслуживания.
- Зависимость от других людей (не может сделать сам, вынужден просить, получает отказы).

Медицинские проблемы

- Уменьшение физических сил, медлительность.
- Ухудшение работы органов чувств.
- Физические страдания.
- Ухудшение состояния здоровья, болезни (хронические, множественные, часто обостряющиеся, прогрессирующие).
- Проявление особых, старческих болезней.
- Падения.

Психологические проблемы

- Замедление и ослабление психических процессов (мышления, внимания, памяти, способности к адаптации и др.).
- Утраты (родные, близкие, знакомые, те, с кем связана большая часть жизни, связаны воспоминания).
- Низкая самооценка своего положения, потеря самоуважения (пенсионер, старик) из-за традиционных представлений о старости («списать в архив», «на мыло», «сойти с круга», «был конь, да изъездился», «укатали сивку»).
- Антивитальные и суицидальные чувства и мысли.
- Ненужность семье, друзьям, привычному окружению, производству, стране.
- Депрессия.
- Страхи.
- Ощущение, что жизнь в тягость.
- Отсутствие положительной жизненной перспективы, переживание приближающейся смерти.
- Дефицит общения.
- Одиночество (отсутствие свидетелей и соучастников прошлого, отсутствие интереса у молодых к опыту прошлого, отсутствие интереса к современным проблемам).

Экономические проблемы

- Ухудшение материального положения.

Основные виды медико-социальных потребностей пожилых людей

1. Потребности в услугах:

физиотерапия, трудотерапия, коррекция поведения, одевание, помощь при приеме пищи, социальные контакты, гигиена, речевая и слуховая терапии, транспортные услуги, медсестринский патронаж.

2. Потребности в специальных приспособлениях:

очки, инвалидные коляски, ходунки, поручни, трости, слуховые аппараты, приспособления для приема пищи.

3. Потребности в обучении навыкам адаптации:

общение, одевание, раздевание, пользование туалетом, употребление пищи, гигиена и уход за собой, прогулки, компенсация слуховых и зрительных нарушений.

4. Забота о состоянии здоровья:

визиты к лечащему врачу, визиты к специалистам, осмотры медсестер, диета.

Виды помощи пожилым людям

- Медицинская.
- Реабилитационная (восстановление утраченных функций)
- Социальная (стирка, покупка продуктов, лекарств, приготовление еды, уборка в квартире, получение пенсии и др.).
- Адаптационная (приспособление к жизни в изменившихся условиях).
- Экономическая.
- Психологическая.
- Духовная.
- Юридическая.
- Техническая.

Стереотипы пожилых людей в современной западной культуре

- Все пожилые люди одиноки.
- Все пожилые люди бедные.
- Все пожилые люди нездоровы.
- Все пожилые люди подвержены депрессии.
- Пожилые люди — обуза для других.
- Пожилые люди не могут функционировать в обществе.
- Все старые люди становятся слабоумными.

Медицинские проблемы пожилых людей

P.A. Fioritto (1997)

- Артриты (50%)
- Гипертоническая болезнь (37%)
- Нарушение слуха (29%)
- Коронарная болезнь (32%)
- Ортопедические заболевания (18%)
- Катаракта (17%)
- Сахарный диабет (10%)
- Нарушение зрения (8%)
- Варикозное расширение вен (8%)

Медицинские проблемы пожилых людей

L.Z. Rubenstein (1998)

- Артриты (45–55%)
- Проблемы зубов (40–60%)
- Гипертония (35–45%)
- Коронарная болезнь (30–40%)
- Нарушения зрения (30–40%)
- Остеопороз (25–60%)
- Нарушения слуха (20–35%)
- Депрессия (10–20%)
- Сосудистые заболевания (10–20%)
- Функциональная зависимость (10–15%)

Особенности заболеваний людей пожилого возраста

- появление соматических и психических заболеваний;
- появление особых, «старческих» заболеваний;
- более тяжелое течение многих заболеваний;

- быстрое ухудшение состояния (если не обеспечено лечение);
- высокая частота осложнений, вызванных болезнью и лечением;
- множественность заболеваний (с потенцированием проявлений и декомпенсацией сопутствующей патологии);
- склонность к хронизации;
- частые обострения;
- множественность симптомов;
- атипичность клинических проявлений;
- стертость клинических форм;
- частые нарушения психической деятельности при соматической патологии;
- легкое возникновение психических расстройств (тревожные состояния, депрессии, ипохондрические синдромы);
- необходимость реабилитации.

Физические проблемы пожилых людей старше 75-ти лет

J.W. Overall (1997)

- Ходьба и подъем по лестнице (50%)
- Самообслуживание (31%)
- Нарушения зрения (26%)
- Недержание мочи и кала (15%)
- Нарушения интеллекта (11%)

Виды ухода за пожилыми людьми с ограничениями дееспособности

Медицинская помощь:

хирургические манипуляции, лекарственные препараты, приспособления для ухода, уход за полостью рта, физиотерапия, мануальная терапия.

Персональный уход:

удовлетворение физических нужд в повседневной деятельности.

Работа по дому:

приготовление пищи, уборка, поддержание порядка.

Социальная поддержка:

помощь в общении с административными работниками, посетителями, дружеское общение.

Наблюдение:

уменьшение риска для наиболее уязвимых старых людей.

Реабилитация:

при наличии функциональных нарушений и хронических заболеваний для сохранения независимости и способности к самообслуживанию.

Вариант социальной карты пациента

1. Ф.И.О.
2. Год рождения, полных лет.
3. Домашний адрес, телефон.
4. Семейное положение:
 - замужем (женат);
 - вдова (вдовец);
 - холост;
 - разведен.
5. Инвалидность:
 - группа;
 - заболевание.
6. Льготы:
 - УВОВ;
 - ЖБЛ;

- труд в годы ВОВ;
 - другие льготы.
7. Образование, профессия, стаж работы.
 8. Размер пенсии.
 9. Сведения о родственниках:
 - Ф.И.О.;
 - вид родства;
 - домашний адрес;
 - телефон.
 10. Проживание (совместно, отдельно).
 11. Внутрисемейные отношения (хорошие, удовлетворительные, плохие, очень плохие).
 12. Сведения о жилье:
 - государственная квартира;
 - приватизированная квартира;
 - кооперативный дом;
 - собственный дом;
 - количество комнат;
 - наличие собственной комнаты;
 - благоустройство (полное, частичное).
 13. Субъективная оценка здоровья:
 - жалобы больного;
 - жалобы родственников.
 14. Объективная оценка здоровья:
 - физическое состояние (хорошее, удовлетворительное, плохое, очень плохое);
 - психологическое состояние (активен, апатичен, спутанное сознание, ступор);
 - активность (ходячий, ходячий с посторонней помощью, сидячий, лежащий);
 - подвижность (полная, ограниченная, очень ограниченная, неподвижен);
 - недержание (нет, иногда, мочи, кала, мочи и кала);
 - зрение (не снижено, снижено незначительно, снижено значительно, слепой);

- слух (не снижен, снижен незначительно, снижен значительно, глухой);
- способность к самообслуживанию (в %).

15. Сведения о социальной помощи:

- где состоит на обслуживании;
- время и объем материальной помощи;
- потребность в использовании приспособлений (ходунки, трости, костыли, кресла-каталки и др.);
- посещение отделений дневного стационара;
- посещение социальной столовой.

Оценка социального функционирования

Диагностика социальной ситуации клиента

1. ФИО:
2. Дата рождения:
3. Место жительства, телефон:
4. Дата заполнения анкеты:
5. Контактное лицо:
6. Имеющиеся родственники:
7. Кто осуществляет уход за клиентом (сотрудник общественной организации, ЦСО, члены семьи, др.):
8. Опишите внешний облик клиента (опрятность, чистота):
9. Каков образовательный уровень клиента, его профессия:
10. Его вероисповедание:
11. Бытовые условия клиента:
12. Квартира содержится в чистоте; умеренно чисто; запущено:
13. Опишите экономический статус клиента (жилищные условия, размер пенсии, пособий, другой материальной помощи, др.):
14. Безопасность среды (условия жизни), домашнее окружение (в т.ч. пороги, двери, мебель, отопление, освещение, опорные устройства в ванной комнате, туалете, коридоре, комнатах и т. д.):
15. Перечень источников социальной поддержки клиента (неформальные — родственники, соседи, друзья, коллеги, общественные, церковные организации; формальные — сотрудники ЦСО):

16. Какие виды общения можно отметить у клиента (телефон, визиты родственников, соседей, коллег, друзей, во время прогулок, другое):

17. Частота общения с другими людьми (несколько раз в день, в неделю, реже):

18. С какими проблемами в области общения сталкивается клиент?

19. Есть ли возможность посещать общественные мероприятия, культурные программы?

20. Есть ли ключи от квартиры клиента у соседей, других лиц?

21. Составлено ли завещание у клиента, есть ли какие-либо другие распоряжения в случае его госпитализации, смерти?

22. Имеется ли желание организации духовной поддержки на дому?

23. Есть ли у клиента какие-либо особенные интересы, хобби?

24. Чем бы клиент хотел заниматься на дому, но не имеет возможности этим заняться? Как может помочь социальный работник в организации досуга?

25. Не приходилось ли клиенту сталкиваться с ситуациями жестокого обращения и насилия (материального, физического, психологического) по отношению к нему? Если да, то в каких видах и продолжается ли до настоящего времени?

26. Употребляет ли клиент алкоголь / курит? Если да, то как часто:

27. Случалось ли клиенту потеряться, заблудиться на улице? Есть ли у него сопроводительная информация с домашним адресом?

28. Ориентируется ли клиент во времени / месте / лицах? Существуют ли проблемы с памятью, концентрацией внимания, пониманием событий, др.?

29. Опишите некоторые личностные характеристики клиента:

30. Каково психологическое состояние клиента: чувствует ли он страх, агрессию, обиду, печаль, депрессию, волнение, подозрение, суицидальные тенденции? Каковы причины?

31. Есть ли что-то, чем клиент обеспокоен в последнее время?

32. Ценностные ориентации клиента, культурные предпочтения, разговорные образцы:

33. В какое время клиент обычно просыпается, ложиться спать, принимает пищу?

34. В каких видах помощи на дому нуждается клиент?

- уборка помещений;
- стирка;

- смена постельного белья;
- одевание;
- передвижение по квартире;
- покупки;
- расчеты по квартплате;
- чтение книг;
- купание;
- другое.

35. В чем клиент видит социальную поддержку в настоящий период, его пожелания:

36. Дополнительная информация:

37. Диагностику провел:

Функциональная оценка пожилых людей

Активность повседневной жизни:

- прогулки
- принятие ванны
- одевание
- прием пищи
- туалет

Инструментальная активность повседневной жизни:

- покупки
- приготовление пищи
- ведение хозяйства
- оперирование с деньгами
- пользование телефоном
- прием лекарственных препаратов

Этапы медико-социальной помощи пожилым людям

- Медико-социальная экспертная оценка конкретного пациента.
- Составление экспертного заключения.

- Составление плана помощи (путей, форм и методов).
- Осуществление выработанного плана на деле.
- Анализ результатов.
- Внесение коррекции в план медико-социальной помощи.

Составляющие экспертного заключения

- Медицинский статус.
- Социальный статус.
- Психологический статус.
- Уровень ограничения жизнедеятельности.

Компоненты функционального статуса пожилых людей

(М.А. Forcica, 1996)

- Физические.
- Когнитивные.
- Поведенческие.
- Психологические.
- Социальные.
- Экономические.
- Качество жизни.
- Окружающая среда.

Виды реабилитации пожилых людей

1. Психологическая:

- общение;
- консультирование.

2. Медико-социальная:

- стационарное лечение;
- амбулаторное лечение;
- санаторно-курортное лечение;

- диспансерное наблюдение;
- отделение дневного пребывания в КЦСОН;
- протезирование;
- оздоровление.

3. Социально-средовая:

- формирование навыков социального и компетентного общения;
- налаживание контактов с социальными службами и структурами;
- организация досуга (занятия, отдых, ремесло, увлечения, прогулки, встречи и др.).

4. Социально-бытовая:

- информационно-правовое обеспечение;
- побуждение к активной деятельности с учетом возраста, состояния здоровья и возможностей;
- обеспечение вспомогательными техническими средствами и обучение пользованию ими;
- мероприятия по приспособлению внешней среды к возможностям клиента и обучение поведению в новых условиях.

Содержание

Социально-демографическая ситуация в современной России	3
<i>Яцемирская Р.С., Хохлова Л.Н.</i>	3
Потребности пожилых людей в медико-социальной помощи	25
<i>Э.В.Карюхин</i>	25
Влияние старения населения на медико-социальные службы	30
<i>Э.В.Карюхин</i>	30
Анатомо-физиологические особенности пожилых людей	34
<i>А. В. Флинт</i>	34
Духовные проблемы пожилых людей	53
<i>Священник Роман Бацман</i>	53
Реабилитация как составляющая ухода за больными и инвалидами пожилого возраста	93
<i>Л.С.Сухова</i>	93
Организация досуга и свободного времени пожилых людей	107
<i>Л.С.Сухова</i>	107
Организация медико-социальной помощи пожилым людям	122
<i>Э.В. Карюхин</i>	122
Атрофические деменции у пожилых и старых людей	141
<i>Р.С. Яцемирская, Л.Н. Хохлова</i>	141
Приложение	168
Шкалы, тесты и опросники	168
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (по A.S. Zigmond и др.)	168
Индекс общего психологического благополучия (по Dupuy и др.)	171
Шкала Гамильтона для оценки тревоги	176
Шкала комы Глазго	179
Тест умственных способностей Ходкинсона	181

Индекс активностей повседневной жизни Катц	182
Индекс активностей повседневной жизни Бартела	185
Шкала функциональной независимости FIM	188
Классификация социально-бытовой и трудовой реабилитации постинсультных больных, Е.А.Шмидт и Т. А. Макинский	190
Ноттингамский расширенный индекс активностей повседневной жизни	191
Модифицированная самооценка социальной приспособленности (по D. Wade)	193
Повседневная активность в доме (по A.M.I.Watts и соавт.)	196
Профиль функциональных ограничений (по M.Bergner)	198
Тест «Вставай и иди»	206
Индекс ходьбы Хаузера	207
Шкала уровня реабилитации постинсультных больных Р. И. Львовой	208
Индекс реинтеграции в нормальную жизнь (по S. Wood-Dauphinee и соавт.)	209
Проверка слуха	211
Память в ежедневной жизни	213
Индекс нарушения жизнедеятельности при болях в шее (по H. Vernon)	216
Осветровский опросник нарушения жизнедеятельности при боли в нижней части спины	219
Шкала оценки влияния артрита (по R. Meenan и соавт.)	223
Возможности кисти (по M.Penta)	239
Таблицы	242
Проблемы людей пожилого возраста	242
Основные виды медико-социальных потребностей пожилых людей	243
Виды помощи пожилым людям	244
Стереотипы пожилых людей в современной западной культуре	244
Медицинские проблемы пожилых людей	245
Медицинские проблемы пожилых людей	245
Особенности заболеваний людей пожилого возраста	245
Физические проблемы пожилых людей старше 75-ти лет	246
Виды ухода за пожилыми людьми с ограничениями дееспособности..	246
Вариант социальной карты пациента	247
Оценка социального функционирования	249
Функциональная оценка пожилых людей	251
Этапы медико-социальной помощи пожилым людям	251
Составляющие экспертного заключения	252
Компоненты функционального статуса пожилых людей	252
Виды реабилитации пожилых людей	252

Серия "Библиотека сестры милосердия"

Коллектив авторов:

священник **Роман Бацман**;

Р. С. Яцемирская, д.м.н., профессор, кафедра социальной медицины и геронтологии МГСУ;

Л. С. Сухова, к.б.н., преподаватель Свято-Димитриевского училища сестер милосердия высшей категории;

Э. В. Карюхин, руководитель Регионального общественного фонда помощи престарелым "Доброе Дело";

Л. Н. Хохлова, руководитель службы милосердия Российского Красного Креста;

А. В. Флинт, директор Свято-Димитриевского училища сестер милосердия.

Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты

Руководитель программы и научный руководитель
А. В. Флинт

Редактор
А. В. Флинт

Компьютерная верстка
А. В. Шемшур
E-mail: shemshur@yandex.ru

Подписано в печать 28.7.2003. Формат 60х90/16.
Бумага офсетная № 1. Гарнитура "Таймс"
Печать офсетная. Объем: Усл.-печ. л. 16. Заказ № 1044

Лицензия на издательскую деятельность ИД № 00832
от 25 января 2000 года

ОАО «Типография "Новости"».
107005 Москва, ул. Ф. Энгельса, 46

по благословению
СВЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА МОСКОВСКОГО И ВСЕЯ РУСИ
АЛЕКСИЯ II

ВСЕМ ЖЕЛАЮЩИМ ТВОРИТЬ ДЕЛА МИЛОСЕРДИЯ!

СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКОЕ УЧИЛИЩЕ
СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ
проводит ежегодное обучение на

КУРСАХ

ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР

Приглашаются все желающие помогать больным и престарелым

Обучение проводится по профессии
**"Младшая медицинская сестра
по уходу за больными"**

Выдается удостоверение установленного образца
и присваивается квалификация
"младшая медицинская сестра по уходу за больными"
с правом работы в этой должности.

По успешном окончании курсов
желающим предоставляется работа в патронажной службе

Телефон для справок: 237-5467

Адрес: Москва, Ленинский проспект, дом 8, корпус 12.
Больничный храм благоверного царевича Димитрия
при Первой городской клинической больнице им. Н.И. Пирогова.

Проезд: ст. метро "Октябрьская", трол. 33, 62, 84, 47
до ост. ул.акад. Петровского