

**Автономная научная некоммерческая организация высшего образования  
Научно-исследовательский центр  
«Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»**

*На правах рукописи*

**СУЛТАНОВА**

**Салатун Султановна**

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО  
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ**

**14.01.30 - геронтология и гериатрия**

**Диссертация**

**на соискание ученой степени  
кандидата биологических наук**

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент  
Ильницкий Андрей Николаевич

**Санкт-Петербург – 2018**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>5</b>
<b>ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Современные подходы к уходу за людьми пожилого возраста .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 Медико-биологические особенности пациентов пожилого возраста, нуждающихся в уходе на дому .....</b>	<b>19</b>
1.2.1 Этапы ухода за людьми пожилого возраста на дому .....	22
1.2.2 Модели ухода за пожилыми людьми на дому .....	25
<b>1.3 Биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни у ухода при отдельных заболеваниях.....</b>	<b>29</b>
1.3.1 Уход при синдроме старческой астении .....	29
1.3.2 Уход при пролежнях .....	30
1.3.3 Уход при нарушении личной гигиены .....	31
1.3.4 Уход при синдроме недержания мочи .....	33
1.3.5 Уход при двигательных нарушениях .....	34
1.3.6 Уход за постинсультными пациентами.....	35
1.3.7 Уход при хроническом болевом синдроме .....	37
1.3.8 Уход за пациентами с психическими расстройствами .....	40
<b>Заключение к главе 1.....</b>	<b>43</b>
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.....</b>	<b>45</b>
<b>2.1 Этапы проведенного исследования.....</b>	<b>45</b>
2.1.1 Возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей при уходе на дому .....	45
2.1.2 Анализ влияния биологических и психосоциальных компонентов в обеспечение качества жизни пожилых людей при уходе на дому и разработка модели активирующего ухода.....	48
2.1.3 Внедрение и оценка эффективности модели активирующего ухода на дому .....	49
<b>2.2 Статистические методы .....</b>	<b>52</b>
<b>Заключение к главе 2.....</b>	<b>52</b>

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ ..... 54**

### **ГЛАВА 3. БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ: ВОЗРАСТНОЙ АНАЛИЗ..... 54**

#### **3.1 Биологические потребности людей разного возраста при уходе на дому .. 54**

3.1.1. Биологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта. .... 56

3.1.2 Биологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме ..... 57

3.1.3 Биологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности ..... 58

#### **3.2 Психологические потребности людей разного возраста..... 62**

##### **при уходе на дому ..... 62**

3.2.1 Психологические потребности при уходе на дому ..... 62

3.2.2 Психологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта ..... 64

3.2.3 Психологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме ..... 65

3.2.4 Психологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности ..... 66

#### **3.3 Социальные потребности при уходе на дому ..... 68**

3.3.1 Социальные потребности при уходе на дому ..... 68

3.3.2 Социальные потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта ..... 68

3.3.3 Социальные потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме ..... 69

3.3.4 Социальные потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности ..... 70

#### **Заключение к главе 3..... 71**

### **ГЛАВА 4. БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. МОДЕЛЬ АКТИВИРУЮЩЕГО УХОДА НА ДОМУ В ГЕРИАТРИИ..... 73**

#### **4.1 Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста..... 73**

4.1.1 Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому.....	73
4.1.2 Биологические детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта .....	75
4.1.3 Биологические детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме .....	75
4.1.4 Биологические детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности .....	76
<b>4.2 Психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста .....</b>	<b>79</b>
4.2.1 Психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому.....	79
4.2.2 Психосоциальные детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта.....	80
4.2.3 Психосоциальные детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме .....	81
4.2.4 Психосоциальные детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности .....	82
<b>4.3 Био-психо-социальная модель активизирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому.....</b>	<b>84</b>
<b>Заключение к главе 4.....</b>	<b>88</b>
<b>ГЛАВА 5. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ АКТИВИРУЮЩЕГО УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ .....</b>	<b>90</b>
<b>5.1 Общая оценка эффективности .....</b>	<b>90</b>
<b>5.2 Индекс Активностей Повседневной Жизни .....</b>	<b>92</b>
<b>5.3 Оценка качества жизни .....</b>	<b>96</b>
<b>Заключение к главе 5.....</b>	<b>99</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>100</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>101</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....</b>	<b>103</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы**

В последние годы в связи с внедрением новых медицинских технологий имеет место увеличение количества людей, в том числе пожилого и старческого возраста, которым продлена жизнь, но которые нуждаются в постоянном уходе со стороны медико-социальных служб на дому [Tennstedt S, Howland J, Lachman M, Peterson E, Kasten L, Jette A: A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults // J Gerontol. 1998. Vol. 53B. P. 384–392, Thapa PB, Gideon P, Fought RL, Ray WA: Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents // Am J Epidemiol. 1995. Vol. 142. P. 202–211, Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA: Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents // N Engl J Med. 1998. Vol. 339. P. 875–882, Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, Leveille SG, Hecht JA, Artz K, Odle K, Buchner DM: Preventing disability and falls in older adults: A population-based randomized trial // Am J Public Health. 1994. Vol. 84. P. 1800–1806, Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS: Depression, falls, and risk of fracture in older women // Arch Intern Med. 1999. Vol. 159. P. 484–490]. Ведущим принципом ухода является принцип совокупности, который подразумевает единство биологических, психологических, медицинских и социальных факторов, направленных на обеспечение различных потребностей человека, обеспечение достоинства личности, право пожилого человека вести нормальную жизнь в благоприятных условиях [Лазебник Л. Б., Конев Ю. В. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 88–91; Лисица, Д. И. Мобильная гериатрическая служба в общей врачебной практике // Врач. – 2006. – № 1. – С. 32–34]. Ведущими

биологическими и психосоциальными потребностями человека пожилого и старческого возраста как объекта ухода являются комплексная необходимость удовлетворения благополучия, принимая во внимание психологические, физические и социальные нужды; обеспечение участия человека в собственной жизни и окружающего его социума; сотрудничества человека пожилого и старческого возраста с другими людьми в условиях нормальной и стимулирующей окружающей среды [Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. Старческая астения как современная концепция геронтологии и гериатрии // Геронтология. – 2013. – № 2. – С. 3-8]. Надо отметить, что при имеющемся теоретическом понимании потребностей человека при осуществлении гериатрического ухода на практике их реализация далеко не совершенна, что в значительной степени снижает качество жизни человека [Максимова Н. Е. Катамнестическое исследование диспансерной когорты больных в возрасте старше 60 лет // Казанский медицинский журнал. – 2006. – № 6. – С. 469–472; Тиунова О. В. Методические особенности физкультурно-оздоровительной работы с людьми пожилого возраста // ЛФК и массаж. – 2007. – № 4. – С. 20–32; Шабалин В.Н. Современные задачи геронтологии и гериатрии // Пожилой человек и общество: Мат.конф. – М., 2012. – С. 88-92.]. Важным и актуальным является выявление конкретных биологических и психосоциальных детерминант обеспечения качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому, на основе которых станет возможным построение активирующих программ ухода, позволяющим достичь максимального уровня достоинства и неприкосновения личности [El-Faizy M, Reinsch S: Home safety intervention for the prevention of falls // Phys Occup Ther Geriatr. 1994. Vol. 12. P. 33–49, Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ: An in-home preventive assessment programme for independent older adults // J Am Geriatr Soc. 1994. Vol. 42. P. 630–638, Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y: Guideline for the prevention of falls in people over 65 // BMJ. 2000. Vol. 321. P. 1007–1011].

### **Цель исследования**

Выявить основные биологические и психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни людей пожилого и старческого возраста и обосновать оптимальные активизирующие программы ухода за ними на дому.

### **Задачи исследования**

1. Изучить возрастные биологические и психосоциальные потребности людей, требующих ухода на дому.
2. Выявить биологические детерминанты обеспечения качества жизни людей пожилого и старческого возраста на дому.
3. Выявить психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни людей пожилого и старческого возраста на дому.
4. Разработать био-психосоциальную модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.
5. Оценить био-психосоциальное влияние разработанной модели активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

### **Научная новизна работы**

В диссертации впервые выявлены возрастные особенности биологических потребностей людей пожилого и старческого возраста, нуждающихся в уходе на дому, заключающиеся в необходимости снизить болевой синдром; уменьшить степень обезвоживания, жажды; уменьшить выраженность дыхательных расстройств, купировать синдром задержки/недержания мочи, нарушения дефекации; ликвидировать кожные проблемы, устранить слабость, купировать нарушения терморегуляции в виде гипотермии.

Впервые обоснованы биологические детерминанты качества жизни при уходе за людьми пожилого и старческого возраста на дому, заключающиеся в уменьшении астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии;

своевременном привлечении врачей для уменьшения или ликвидации болевых ощущений; правильном уходе за кожными покровами; обеспечении комфортного температурного режима при наличии синдрома гипотермии; обеспечении режима поступления жидкости с целью достижения адекватной гидратации; нормализации стула посредством комплекса мер ухода; ликвидации гигиенических последствий нарушений мочеиспускания; максимально возможном восстановлении дыхательной функции, в том числе посредством дыхательной гимнастики; поддержании когнитивных способностей; максимально возможном восстановлении нарушенных двигательных способностей; достижении адекватного потребностям пациента нутритивного статуса.

Впервые научно обоснована модель био-психосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, отличительной чертой которой явилась модификация биологической внутренней среды пациента - применение приемов ухода с целью поддержания активности в повседневной жизни путем проведения активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а также модификация внешней биологической среды - адекватный самочувствию пациента температурный режим, адекватная гигиена при нарушении тазовых функций, а не просто осуществление пассивного ухода по удовлетворению базисных потребностей пациента.

### **Практическая значимость**

Полученные результаты позволили внедрить био-психосоциальную модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому.

Согласно полученным данным, эффективность, практическая значимость данной модели заключается в достоверном улучшении внешнего вида пациентов, снижении частоты развития дерматита, кожных сыпей и пролежней; снижении



частоты случаев неадекватной гигиены кожных покровов, нарушения предписанного врачом лечения, невыполнения врачебных назначений, снижения частоты патологических процессов в области выполнения инвазивных манипуляций, инъекций; повышения общего фона двигательной активности пациентов.

В результате внедрения разработанной модели повышалось значение Индекса активности повседневной жизни Бартела и качества жизни.

### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. При осуществлении ухода на дому имеют место возрастные различия в биологических и психосоциальных потребностях пациентов, при этом для гериатрического контингента наиболее важными являются такие биологические потребности как необходимость в снижении выраженности болевого синдрома, уменьшении степени обезвоживания и жажды, выраженности дыхательных расстройств, нарушений мочеиспускания и дефекации, купировании гипотермии.

2. Качество жизни пациента пожилого и старческого возраста при уходе на дому определяется биологическими и психосоциальными детерминантами, важнейшими из которых являются уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии; своевременное привлечение врача при осуществлении ухода для уменьшения или ликвидации болевых ощущений; правильная гигиена кожных покровов; создание среды для общения; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу.

3. Осуществление ухода за гериатрическими пациентами на дому целесообразно на основе разработанной модели био-психо-социального активирующего ухода с модификацией биологической внутренней и внешней среды пациента, внедрение которой способствует не только положительной динамике внешнего вида пациента, но улучшает также степень его

самостоятельности по данным Индекса активности повседневной жизни Бартела и качество жизни.

### **Связь с научно-исследовательской работой Института**

Диссертационная работа является научной темой, выполняемой по основному плану НИР АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии».

### **Апробация и реализация результатов диссертации**

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях: на конференции «Амбулаторная помощь» (Новополоцк, 2010); на конференции «Инновационные технологии управления здоровьем и долголетием человека» (Санкт-Петербург, 2010); международной конференции «Актуальные вопросы полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней» (Белгород, 2010), межрегиональной конференции «Социальная помощь населению» (Кировоград, 2012), конференции «Пожилой человек и социум» (Москва, 2014), международной конференции «Современные практики социального и медицинского ухода за пожилыми людьми» (Минск, 2015), всероссийской конференции с международным участием «Пожилой человек и социальный работник» (Москва, 2016); межрегиональной конференции «Современный дом-интернат для пожилых граждан и инвалидов» (Москва, 2017).

Результаты исследования используются в практической деятельности Санкт-Петербургского агентства по осуществлению ухода «ЮСИ», многопрофильного медицинского центра «Поколение» (г. Белгород), многопрофильного медицинского центра «Ваша клиника» (г. Москва), в учебно-педагогическом процессе ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», ФГБОУ ДПО «Институт повышения

квалификации ФМБА России», в научной деятельности Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии.

### **Личный вклад автора**

Автором диссертации самостоятельно поставлены цель и задачи проведенного исследования, был дан анализ отечественной и зарубежной литературы по изученной проблеме, разработаны методические подходы к проведению диссертационного исследования. Автор непосредственно произвела сбор данных, обработку и обобщение полученных материалов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи. Личный вклад автора составляет 85%.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 15 работ, в т.ч. 5 статей в научных журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, 10 тезисов докладов.

### **Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из оглавления, введения, основной части, состоящей из пяти глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников. Работа представлена на 120 страницах, содержит 27 таблиц, 3 рисунка, список использованной литературы, включающий 181 источник (в т.ч. 99 на иностранных языках).

## **Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ**

### ***1.1 Современные подходы к уходу за людьми пожилого возраста***

В настоящее время основополагающим принципом осуществления ухода и его конечной целью является обеспечение достоинства и ценности человеческой жизни вне обстоятельств, обусловленных болезнью. В связи с этим наблюдается увеличение объемов оказываемой помощи на дому, а не в стационарных условиях. Например, в Великобритании в 1969 году количество учреждений, которые оказывали гериатрическую помощь на дому, было около 90, а в 1995 году насчитывалось уже около 600 гериатрических дневных стационаров разного профиля, включая геронтопсихиатрический [Белозерова Л. М. Методологические особенности исследования возрастных изменений // Клиническая геронтология. – 2004. – № 1. – С. 12–16; Габоян Я. С., Логвинова О. В. Организация деятельности сестринского персонала в отделении сестринского ухода // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 7–9; Воробьев П. А., Власова А. В. Депрессия в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 22–28].

Аналогичные тенденции наблюдаются и в других странах. Например, в США лишь 5% людей пожилого и старческого возраста находятся в домах-интернатах для пожилых людей и инвалидов стационарного типа, поскольку 85% всей системы здравоохранения и социальной помощи ориентирована на работу в рамках амбулаторно-поликлинической сети. Этому способствует широкая сеть специально сертифицированных агентств по уходу на дому, которые оказывают высокопрофессиональную помощь гериатрическому контингенту [Горохова З. П. Лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь лицам пожилого и старческого возраста в условиях гериатрического центра // Клиническая

геронтология. – 2006. – № 4. – С. 35–37; Дементьева Н. Ф. Анализ состояния и тенденция развития медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 2. – С. 6–10; Дементьева Н. Ф., Котова З. Ф. Психологические аспекты социальной работы с пожилыми людьми // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 1. – С. 20–22; Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES: Risk factors for injurious falls: a prospective study // J Gerontol. 1991. Vol. 5. P. 164–170].

В Российской Федерации, согласно установкам Министерства здравоохранения, активно продолжается процесс переноса акцентов на амбулаторно-поликлинический этап помощи, в том числе по отношению к лицам пожилого и старческого возраста. Это особенно актуально для центральных и южных районов страны, менталитет жителей которых направлен на то, что люди пожилого и старческого возраста должны жить дома, а не в специально созданных для этого стационарных учреждениях.

Подобные тенденции находятся в русле требований Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) [Хавинсон В. Х., Малинин В. В. Пептидная регуляция генетической стабильности при старении // Медицинский академический журнал. – 2006. – № 1. – С. 139–143]. По данным проведенных под эгидой ВОЗ исследований, в том случае, если человека преклонного возраста поместить в стационарное социальное учреждение, разорвав при этом систему привычных для него биологических и социальных связей, то достоверно снижается качество и продолжительность его жизни. Это еще раз свидетельствует в пользу развития системы ухода за людьми старших возрастных групп на дому [Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D: Risk factors for recurrent nonsyncopal falls // JAMA. 1989. Vol. 261. P. 2663–2668, O’Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S: Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly // Am J Epidemiol. 1993. Vol. 137. P. 342–354, Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B: Home hazards and falls in the elderly: the role of

health and functional status // *Am J Public Health*. 1995. Vol. 85. P. 509–515, Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller JP, Mulrow CD, Ory MG, Sattin RW, Tinetti ME, Wolf SL: The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials // *JAMA*. 1995. Vol. 273. P. 1341–1347, Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Purushottam BT, Brown AK, Kajihara HK, Davis C, Gideon P, Griffin MR: A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes // *JAMA*. 1997. Vol. 278. P. 557–562].

Надо отметить, что пребывание пожилого человека, нуждающегося в уходе, на дому должно соответствовать ряду признанных критериев и признаков [Cumming R, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, Frampton G: Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomized trial of falls prevention // *J Am Geriatr Soc*. 1999. Vol. 47. P. 1397–1402, Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D: Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group // *J Am Geriatr Soc*. 2000. Vol. 48. P. 721–725, Brauer SG, Burns YR, Galley P: A prospective study of laboratory and clinical measures of postural stability to predict community-dwelling fallers // *J Gerontol*. 2000. Vol. 55A. P.469-476].

К ним относятся следующие.

Соблюдение принципа нормализации, согласно которому каждый человек преклонного возраста имеет право на нормальную жизнь в нормальных условиях. Важным является соблюдение при уходе на дому принципа глобальности человеческих потребностей, то есть в процессе ухода необходимо принимать во внимание все, что важно для благополучия человека, а именно его психологические, физиологические, социальные потребности [Wolf S, Kutner N, Green R, McNeely E: The Atlanta FICSIT study: Two exercise interventions to reduce frailty in elders // *J Am Geriatr Soc*. 1993. Vol. 41. P. 329–332]. Принцип самоопределения заключается в том, что при уходе важно создать условия

неприкосновенности личности, поскольку каждый пациент имеет право на самостоятельное распоряжение своими потребностями. В пожилом возрасте важное значение приобретает принцип участия, когда человек может влиять не только на события своей жизни, но и на ситуацию вокруг себя, в рамках социальной среды, в которой находится. Наконец, целесообразным является принцип здорового стимулирования, при котором сам уход должен быть не пассивным, а пациент должен находиться в условиях стимулирующей его остаточные функции окружающей среды [Журавкова Л. А. Опыт работы медико-социального отделения Городского гериатрического центра // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 32–35; Джогерст Г. Дж. Депрессия у пожилых людей // Российский семейный врач. – 2006. – № 1. – С. 10–20; Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM: Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older // Age Ageing. 1999. Vol. 28. P.513–518, Ray WA, Thapa PB, Gideon P: Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents // J Am Geriatr Soc. 2000. Vol. 48. P. 682–685].

В литературе описаны различные формы оказания социальной помощи по уходу людям пожилого и старческого возраста [Buchner DM, Larson EB: Falls and fractures in patients with Alzheimer-type dementia // JAMA. 1987. Vol. 257. P. 1492–1495, Buchner DM, Cress ME, deLateur BJ, Esselman PC, Margherita AJ, Price R, Wagner EH: The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults // J Gerontol. 1997. Vol. 52A. P. 218–224, Carpenter GI, Demopoulos GR: Screening the elderly in the community: Controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers // Br Med J. 1990. Vol. 300. P. 1253–1256, Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G: Physical restraint use and falls in nursing home residents // J Am Geriatr Soc. 1996. Vol. 44. P. 627–633, Ebrahim S, Thompson PW, Baskaran V, Evans K: Randomized placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis // Age Ageing 1997. Vol. 26. P. 253–260, Davis JW, Ross

PD, Nevitt MC, Wasnich RD: Risk factors for falls and for serious injuries on falling among older Japanese women in Hawaii // J Am Geriatr Soc. 1999. Vol. 47. P. 792–798].

Так, в последнее время большое распространение получило волонтерство, когда добровольцы через посредничество государственных или частных учреждений оказывают различные социальные услуги, например, посещение у уход за пожилыми людьми на дому, приобретение им продуктов или предметов обихода, уход за приусадебным участком, предоставление транспорта и прочее [Журилов Н. В. Медико-правовое обеспечение гериатрической помощи населению // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 50–53; Захаров В. В. Всероссийская программа изучения эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврологический журнал. – 2006. – № 2. – С. 27–32; Иллариошкин С. Н. Возрастные расстройства памяти и внимания: механизмы развития и возможности нейротрансмиттерной терапии // Неврологический журнал. – 2007. – № 2. – С. 34–40; Какорина Е. П. Роговина А. Г., Чемякина С. Н. Проблемы медицинского обеспечения пожилых в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 2. – С. 32–37; Reinsch S, MacRae P, Lachenbruch PA, Tobis JS: Attempts to prevent falls and injury: A prospective community study // Gerontologist. 1992. Vol. 32. P. 450 - 456].

Во Франции для того, чтобы пожилой человек, нуждающийся в уходе, максимальное количество времени мог находиться в домашних условиях, организована специальная служба «домашних помощников», целью которой является оказание помощи в плане поддержания быта и домашнего хозяйства

Все большее развитие приобретает работа на дому с лежачими пациентами, организованная по бригадному принципу [Копырина И. Д., Арьев А. Л., Малаховская М. В. Модель медико-социального ухода за пожилыми людьми, действующая в Финляндии: возможность адаптации в социально-экономических



условиях России // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 50–62; Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS: Falls in the nursing home // Ann Intern Med. 1994. Vol. 121. P. 442–451]. При уходе в данном случае определяющими являются назначения врача, которые, в рамках компетенции, осуществляются средними или младшими медицинскими работниками. При этом возрастает роль подготовленных младших медицинских сестер, функция которых заключается в помощи пациенту при осуществлении гигиенических мероприятий, постановка клизм, компрессов и прочее под контролем медицинских сестер [Концевой В. А., Медведев А. В. К проблеме классификации функциональных психических расстройств в позднем возрасте // Психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 7–11; Rizzo JA, Baker KI, McAvay G, Tinetti ME: The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons // Med Care. 1996. Vol. 34(9). P. 954–969, Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D: The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial // Ann Intern Med. 1990. Vol. 113. P. 308–316, Rubenstein LZ, Josephson KR, Trueblood PR, Loy S, Harker JO, Pietruszka FM, Robbins AS: Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men // J Gerontol 2000. Vol. 55(A). P. 317–321].

В плане ухода на дому в разных странах все большее значение приобретают специально создаваемые отделения надомного ухода Красного креста, которые с успехом осуществляют уход за лежачими пациентами на дому.

Таким образом, в настоящее время имеется широкий спектр разнообразных форм медико-социальной помощи людям пожилого возраста на дому, которые в целом ориентированы на соблюдение таких базовых принципов как достоинство личности; свободы выбора и самостоятельности в принятии решений; взаимного участия пожилых людей в жизни семьи или своего социального микроокружения. Важнейшим же принципом представляется приоритетность и оптимальность ухода на дому как формы ухода, позволяющего сохранить социальные связи и

относительную автономию [Hale WA, Delaney MJ McGaghie WC: Characteristics and predictors of falls in elderly patients // J Fam Pract. 1992. Vol. 34. P. 577–581, El-Faizy M, Reinsch S: Home safety intervention for the prevention of falls // Phys Occup Ther Geriatr. 1994. Vol. 12. P. 33–49, Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ: An in-home preventive assessment programme for independent older adults // J Am Geriatr Soc. 1994. Vol. 42. P. 630–638, Liu B, Topper AK, Reeves RA, Gryfe C, Maki BE: Falls among older people: Relationship to medication use and orthostatic hypotension // J Am Geriatr Soc. 1995. Vol. 43. P. 1141–1145, Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G: Users' guides to the medical literature. VIII How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? // JAMA. 1995. Vol. 274(7). P. 570–574]. В этой связи важным является научное обоснование биологических, психологических и социальных детерминант, формирующих качество жизни людей пожилого возраста при уходе на дому [Копировский К. М. Опыт негосударственного благотворительного центра в реабилитации одиноких пожилых пациентов с переломом шейки бедра // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 35–38; Коуэн М., Некрич Г. Действующий проект амбулаторной геронтологической помощи во Франции // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 94–100, Wolfson L, Whipple R, Judge J, Amerman P, Derby C, King M: Training balance and strength in the elderly to improve function // J Am Geriatr Soc. 1993. Vol. 41. P. 341–343].

## ***1.2 Медико-биологические особенности пациентов пожилого возраста, нуждающихся в уходе на дому***

Пациенты пожилого и старческого возраста, нуждающиеся в уходе на дому, являются одной из самых уязвимых демографических групп населения в плане осложнения и прогрессирования патологии [Анисимов В. Н. Старение и ассоциированные с возрастом болезни // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 42–49; Mulrow CD, Gerety MB, Kanten D, Cornell JE, DeNino LA, Chiodo L, Aguilar C, O’Neil MB, Rosenberg J, Solis RM: A randomized trial of physical rehabilitation of very frail nursing home residents // JAMA. 1994. Vol. 271. P. 519–524, Means KM, Rodell DE, O’Sullivan, Cranford LA: Rehabilitation of elderly fallers: pilot study of a low to moderate intensity exercise program // Arch Phys Med Rehabil. 1996. Vol. 77. P. 1030–1036]. Но особенно это касается таких групп как лица в возрасте старше 75 лет (то есть люди старческого возраста и долгожители), одиноко проживающие люди, в том числе вдовцы и одиноко проживающие семейные пары, лица с тяжелыми заболеваниями, с низким материальным уровнем [Цветкова И. С. О некоторых вопросах досрочного пенсионного обеспечения в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения // Здравоохранение. – 2005. – № 1. – С. 139–138; Armstrong AL, Osborne J, Coupland CAC, Macpherson MB, Bassej EJ, Wallace WA: Effect of hormone replacement therapy on muscle performance and balance in post-menopausal women// Clin Sci. 1996. Vol. 91. P.685–690, Aronow WS, Ahn C: Association of postprandial hypotension with incidence of falls, syncope, coronary events, stroke and total mortality at 29-month follow-up in 499 older nursing home residents // J Am Geriatr Soc. 1997 Vol. 45. P. 1051–1053].

По данным разных авторов, в целом при осуществлении ухода пожилые люди требуют к себе повышенного внимания. Это обусловлено наличием у них инволютивных изменений, суживающих диапазон адаптации, и рядом

особенностей протекания хронических заболеваний [Lord SR, Clark RD, Webster IW: Psychological factors associated with falls in an elderly population // *J Am Geriatr Soc.* 1991. Vol. 39. P. 1194–1200, Lord SR, Ward JA, Williams P, Anstey KJ: Physiological factors associated with falls in older community dwelling women // *J Am Geriatr Soc.* 1994. Vol. 42. P. 1110–1117, Hornbrook MC, Stevens VJ, Wingfield DJ, Hollis JF, Greenlick MR, Ory MG: Preventing falls among community-dwelling older persons: Results from a randomized trial // *Gerontologist.* 1994. Vol. 34. P. 16–23, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y: ‘Stops walking when talking: as a predictor of falls in elderly people // *Lancet.* 1997. Vol. 349. P. 617, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y: Attention, frailty, and Falls: The effect of a manual task on basic mobility // *J Am Geriatr Soc.* 1998. Vol. 46. P. 758–761, Kiely DK, Kiel DP, Burrows AB, Lipsitz LA: Identifying nursing home residents at risk for falling // *J Am Geriatr Soc.* 1998. Vol. 46. P. 551–555].

Эти особенности следующие: множественность патологических процессов, феномен полиморбидности и коморбидности; атипичность, стертость клинических проявлений заболеваний; формирование общегериатрических синдромов и их совокупности – феномена старческой астении; частый феномен полипрагмазии [Апарин И. С. О проблемах медико-социальной помощи пожилым // *Проблемы управления здравоохранением.* – 2006. – № 1. – С. 81–83; Mahoney J, Sager M, Dunham NC, Johnson J: Risk of falls after hospital discharge // *J Am Geriatr Soc.* 1994. Vol. 42. P. 269–274, Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivela S-L: Risk factors for recurrent falls in the elderly in long-term institutional care // *Public Health.* 1995. Vol. 109. P. 57–65, McMurdo MET, Mole PA, Paterson CR: Controlled trial of weight-bearing exercise in older women in relation to bone density and falls // *Br Med J.* 1997. Vol. 314. P. 596]. Показано, что в возрасте старше 65 лет формируется не менее 7 – 8 хронических заболеваний, в связи с чем в системе первичной медико-социальной помощи необоснованно назначается большое количество медикаментов, потенциально оказывающие токсический эффект [Berg WP, Alessio

HM, Mills EM, Tong C: Correlates of recurrent falling in independent community-dwelling older adults // *J Mot Behav.* 1997. Vol. 29. P. 5–16, Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF: Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older // *J Gerontol.* 1989. Vol. 44. P. 112–117, Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM: Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women // *BMJ.* 1997. Vol. 315. P. 1065–1069, Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM: Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: A randomized controlled trial // *J Am Geriatr Soc.* 1999. Vol. 47. P. 850–853].

К биологическим особенностям пожилых людей относится замедление процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, изменения динамики высшей нервной деятельности, что приводит к определенным психофизиологическим изменениям инволютивного характера. К ним относят изменения чувства времени, склонность к гипертрофированию событий, ощущение отсутствия перспектив в будущем, гипертрофирование событий прошлого и необоснованное встраивание их в настоящее. Указанные возрастные изменения динамики высшей нервной деятельности важно учитывать при уходе. К сожалению, по данным разных авторов, в процессе ухода персонал допускает ряд ошибок, таких как неумение выслушать пациента, пренебрежение его позицией, неумение тактично выразить участие и прочее. Таким образом, учет динамики процессов высшей нервной деятельности при уходе является важным вопросом, требующим серьезного научного подхода [Buchner D, Cress ME, Wagner W, deLateur B, Price R, Abrass I: The Seattle FICSIT/MoveIt Study: The effect of exercise on gait and balance in older adults // *J Am Geriatr Soc.* 1993. Vol. 41. P.321–325, Brown Comodore DI: Falls in the elderly population: a look at incidence, risks, health care costs, and preventive strategies // *Rehabilitation Nursing.* 1995. Vol. 20(2). P. 84–89, Tennstedt S, Howland J, Lachman M, Peterson E, Kasten

L, Jette A: A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults // J Gerontol. 1998. Vol. 53 (B). P. 384–392, Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS: Depression, falls, and risk of fracture in older women // Arch Intern Med. 1999. Vol. 159. P. 484–490].

### **1.2.1 Этапы ухода за людьми пожилого возраста на дому**

Выделяют несколько этапов ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

Первым является этап обследования пациента, когда важным является не только традиционные меры, такие как сбор анамнеза, физикальное и лабораторно-инструментальное обследование, ставящие целью определение состояния пациента, но и определение нарушения основных потребностей человека, которые нуждаются в замещении в процессе ухода. В настоящее время принято выделять следующие виды повседневных жизненно важных потребностей, имеющих принципиальное значение при уходе: наличие нормального дыхания, адекватного питания и питья, обеспечение нормальных физиологических отправления организма, способность человека к движению и принятию удобных для него поз, сон и отдых, доступность выбора удобной по представлению человека одежды, способность ее одеть и снять, доступность ухода за внешностью, поддержания тела в чистоте, поддержания требуемой температуры тела путем подбора нужной для этого одежды, возможность общения с микроокружением, участие в религиозных мероприятиях, возможность использовать доступных средств для укрепления здоровья [Варустина Н. П. Особенности сестринского ухода за пожилыми и старыми людьми с деменцией // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 18–21; Белоконь, О. В., Костенко Т. Н., Мунтяну Л. В. Медицинское и социальное обслуживание в России // Главврач. – 2006. – № 9. – С. 56–69; Безнос

С. А. Качество жизни геронтопсихиатрических больных, находящихся на стационарном лечении // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 13–17; Mulrow C, Gerety M, Kanten D, DeNino L, Cornell J: Effects of physical therapy on functional status of nursing home residents // J Am Geriatr Soc. 1993. Vol. 41. P. 326–328].

На втором этапе ухода проводится диагностика или определение проблем, имеющихся у пациента. В плане адекватного ухода необходимо классифицировать проблемы, имеющиеся у пациента, по следующим группам.

Физиологические проблемы: недостаточное или избыточное питание, нарушение глотания, острый или хронический болевой синдром, отечный или синдром дегидратации, астенический синдром, нарушение физиологических отправлений, синдром диспноэ и прочее [Харченко В. И. и др. Старение населения России – одна из причин роста смертности от основных болезней системы кровообращения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 3. – С. 8–16; Смолькин, А. А. Историческая трансформация социального статуса старости / А. А. Смолькин // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3. – С. 29–33; Baraff LJ, Della Penna R, Williams N, Sanders A: Practice guideline for the ED management of falls in community-dwelling elderly persons // Ann Emerg Med. 1997. Vol. 30. P.480–489].

Психологические проблемы: неадекватная внутренняя картина болезни, наличие тревожно-депрессивного синдрома, конфликтные ситуации в микроокружении пациента и другие [Суслин С. А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста на селе // Заместитель главного врача. – 2006. – № 3. – С. 37–43.; Baloh RW, Corona S, Jacobson KM, Enrietto JA, Bell T: A prospective study of posturography in normal older people // J Am Geriatr Soc. 1998. Vol. 46. P. 438–443, Baraff LJ, Lee TJ, Kader S, Della Penna R: Effect of a practice guideline for emergency department care of falls in elder patients on subsequent falls and hospitalizations for injuries // Acad Emerg

Med. 1999. Vol. 6. P.1224–1231, Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, Leveille SG, Hecht JA, Artz K, Odle K, Buchner DM: Preventing disability and falls in older adults: A population-based randomized trial // Am J Public Health. 1994. Vol. 84. P. 1800–1806].

Социальные проблемы: изоляция пациента пожилого и старческого возраста, наличие у него финансовых проблем [Шмелева, С. В. Характер двигательной активности женщин пожилого возраста // ЛФК и массаж. – 2007. – № 8. – С. 27–30, Arden NK, Nevitt MC, Lane NE, Gore R, Hochberg MC, Scott JC, Pressman AR, Cummings SR. Osteoarthritis and risk of falls, rates of bone loss, and osteoporotic fractures // Arthritis Rheum. 1999. Vol. 42. P. 1378–1385].

Данный этап должен заканчиваться формулировкой конкретных проблем, которые имеются у пациента для того, чтобы составить адекватный его состоянию план ухода.

Третий этап ухода – это этап его планирования, содержанием которого является распределение обязанностей внутри бригады, которая осуществляет уход с целью достижения максимально возможного уровня качества жизни при имеющемся у пациента заболевании. На третьем этапе ухода за пожилым человеком важно обеспечить следующие мероприятия: обеспечить эмоциональную поддержку в повседневной деятельности, обеспечить пациента необходимым спектром лечебно-реабилитационных и паллиативных мероприятий, предоставление психоэмоциональной поддержки родственникам пациента, обеспечение взаимосвязи всех сторон, осуществляющих уход, прежде всего медицинской и социальной служб.

Содержанием четвертого этапа ухода является собственно выполнение намеченных мероприятий. На этом этапе проводится обеспечение пациента необходимым объемом мероприятий по уходу, оказание помощи родственникам пациента, их консультирование и обучение. Считается, что на этом этапе важно обеспечить биологические и психосоциальные потребности пожилого человека,



детализация которых является предметом серьезных научных изысканий в области геронтологии и гериатрии.

Пятым этапом ухода является оценка эффективности и при необходимости – коррекция мероприятий ухода. В плане содержания данного этапа рассматриваются такие мероприятия как оценка достижения максимального возможного качества жизни исходя из его возраст-ориентированных биологических и психосоциальных детерминант, мнение самого пациента и его родственников (микроокружения) об оказанной помощи. Надо отметить, что оценка качества и эффективности ухода должна носить постоянный характер, проблема заключается в том, что в гериатрии до сих пор не разработан адекватный механизм оценки эффективности ухода с точки зрения его биологических детерминант [Сумароков, Д. И. Старение: накопление ошибок или биологическая программа? // 60 лет не возраст. – 2005. – № 11. – С. 7–11; Хохлова Л. Н. Системная социально-педагогическая подготовка сестер милосердия Красного Креста по уходу за пожилыми людьми // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 27–31; Цыба Н. Н., Кожурин С. В., Шитарева И. В. Организация специализированной гематологической помощи пожилым больным в условиях дневного стационара // Гематология и трансфузиология. – 2006. – № 6. – С. 38–43; Тиунова О. В. Методические особенности физкультурно-оздоровительной работы с людьми пожилого возраста // ЛФК и массаж. – 2007. – № 4. – С. 20–32].

### **1.2.2 Модели ухода за пожилыми людьми на дому**

В современной гериатрии выделяют несколько моделей ухода. Они следующие.

Функциональный уход – осуществляется средними медицинскими работниками, когда из их числа формируется бригада медицинских сестер, каждая из которых владеет одним из методов ухода, например, перевязками, методами

лечебной физкультуры, проведением гигиенических мероприятий, катетеризацией и прочее. Недостатком данной модели является отсутствие ухода по кондуктивному принципу, когда все мероприятия координируются одним сотрудником, отвечающим за качество ухода. Данная модель ухода, по литературным сведениям, не позволяет в полной мере удовлетворить потребности пациента в обеспечении максимально возможного качества жизни [Сидорова О. Ю., Сидоров В. В., Сидоров Ю. Л. Как мы стареем // ЛФК и массаж. – 2005. – № 9. – С. 10–16; Жукова Т. Н. и др. Санкт-Петербургский госпиталь для ветеранов войн как ведущий гериатрический стационар на Северо-Западе // Клиническая геронтология. – 2006. – № 8. – С. 62–64; Vetter NJ, Lewis PA, Ford D: Can health visitors prevent fractures in elderly people? // Br Med J. 1992; Vol. 304. P. 888–890, Vellas BJ, Wayne SJ, Garry PJ, Baumgartner RN: A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults // J Gerontol. 1998. Vol. 53A. P. 264–274].

Бригадная форма ухода – является классическим вариантом осуществления мероприятий паллиативной помощи, ухода и реабилитации. В данном случае формируется бригада специалистов, осуществляющих уход за пожилым человеком, возглавляет которую врач-терапевт или гериатр, распределяющий обязанности среди других членов бригады. В ее состав может входить медицинская сестра по массажу, кинезотерапии, специально обученный средний медицинский работник в области осуществления ухода, младшая медицинская сестра, волонтеры и прочие. Данная модель ухода обладает очевидными достоинствами, поскольку позволяет наиболее полно удовлетворить потребности пациента, возникающие по мере ухода, а также потребности родственников пациента. Проблемным вопросом, нуждающимся в разрешении, является детализация биологических потребностей пожилого пациента, которые должны быть удовлетворены при таком варианте мультидисциплинарного воздействия [Смирнова Е. И. Вологодская область: динамика и тенденции социального

обслуживания пожилых людей // Социальное обеспечение. – 2006. – № 6. – С. 11–15; Tinetti ME, Williams TF, Mayewski M: Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities // Am J Med. 1986. Vol. 80. P. 429–434, Tinetti ME, Liu W, Ginter SF: Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities // Ann Intern Med. 1992. Vol. 116. P. 369–374, Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI: A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community // N Engl J Med. 1994. Vol. 331. P. 821–827, Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT: Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence // JAMA. 1995. Vol. 273. P. 1348–1353, Van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P: Effects of preventive home visits to elderly people // BMJ 1993. Vol. 307. P. 27–32, Tideiksaar R, Feiner CF, Maby J: Falls prevention: The efficacy of a bed alarm system in an acute-care setting // Mt Sinai J Med. 1993. Vol. 60. P. 522–527, Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM: Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomized controlled trial // BMJ 2000. Vol. 321. P. 994–998, Thapa PB, Gideon P, Fought RL, Ray WA: Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents // Am J Epidemiol. 1995. Vol. 142. P. 202–211, Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA: Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents // N Engl J Med. 1998. Vol. 339. P. 875–882].

Модель полного обслуживания – является той моделью, которая применяется в странах, в которых средний медицинский работник несет полную юридическую ответственность за мероприятия ухода. Первоначально такая модель ухода была внедрена в США и Канаде, затем в Великобритании, сейчас функционирует во многих странах Европейского союза. Такая модель, как и предыдущая, имеет достоинство в том, что вся ответственность за качество ухода сконцентрирована в руках одного лица, что позволяет более адекватно управлять процессом ухода и

добиваться более высокого его качества [Рубцов А. В. Влияние постарения населения на развитие медико-социальных услуг // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 12–16.; Русакова И. Ю. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста // Сестринское дело. – 2005. – № 7. – С. 22–23; Ратова, Л. Г. Пожилой человек: жизнь со знаком качества / Л. Г. Ратова, И. Е. Чазова, Ю. Н. Беленков // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – №. 1. – С. 10–15; Fiatarone M, O'Neill E, Ryan ND et al: Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people // N Engl J Med. 1994. Vol. 330. P. 1769–1775, Maki BE, Holliday PJ, Topper AK: A prospective study of postural balance and risk of falling in an ambulatory and independent elderly population // J Gerontol. 1994: Vol.49. P. 72–84, Maki BE: Gait changes in older adults: Predictors of falls or indicators of fear // J Am Geriatr Soc. 1997. Vol.45. P. 313–320, Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH: Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly (Cochrane Review); in The Cochrane Library Issue 2. Oxford, Update Software; 1998, Forrester DA, McCabe-Bender J, Tiedeken K: Fall risk assessment of hospitalized adults and follow-up study // J Nurses Staff Dev. 1999. Vol. 15. P. 251–259, McMurdo MET, Millar AM, Daly F: A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old peoples' homes // Gerontology. 2000. Vol. 46. P. 83–87].

Специализированный уход - применяется в зависимости от учреждения, например, больница по уходу, хоспис, длительный уход на дому. По своей сути является вариантом бригадной формы ухода.

Таким образом, к настоящему времени сложились различные варианты и модели ухода в гериатрии, которые имеют свои достоинства и недостатки, но общей проблемой, по данным разных авторов, является необходимость поиска и научного обоснования конкретных факторов, воздействие на которые даст возможность реально повлиять на качество жизни.

### ***1.3 Биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни у ухода при отдельных заболеваниях***

#### **1.3.1 Уход при синдроме старческой астении**

Старческая астения является недавно описанным гериатрическим синдромом и характеризуется прогрессирующим снижением массы и силы мышечной ткани, снижением скорости передвижения, развитием интеллектуально-мнестических изменений [Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. Старческая астения как современная концепция геронтологии и гериатрии // Геронтология. – 2013. – № 2. – С. 3-8.]. Считается, что старческая астения является краеугольным камнем современной гериатрии, так как основные гериатрические синдромы, такие как синдром падений, недержание мочи и кала, снижение слуха и зрения приводят к ее развитию и соответственно снижают степень независимости и качество жизни пожилого человека [Mayo NE, Gloutney L, Levy AR: A randomized trial of identification bracelets to prevent falls among patients in a rehabilitation hospital // Arch Phys Med Rehabil. 1994. Vol.75. P. 1302–1308, Gallagher EM, Brunt H: Head over heels: impact of a health promotion program to reduce falls in the elderly // Can J Aging. 1996. Vol. 15. P. 84–96, Mahoney JE, Palta M, Johnson J, Jalaluddin M, Gray S, Park S, Sager M: Temporal association between hospitalization and rate of falls after discharge // Arch Intern Med. 2000. Vol.160. P. 2788–2795]. До сей поры в литературе фактически не описаны специфические биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни и ухода при старческой астении.

По данным ряда авторов, при старческой астении развивается неспособность адаптироваться к изменяющимся условиям среды, как в психологическом, так и биологическом смысле [American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention: Guideline for the prevention of falls in older persons // J Am Geriatr Soc. 2001. Vol. 49. P. 664–672; Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y: ‘Stops walking when talking: as a predictor

of falls in elderly people // *Lancet*. 1997. Vol. 349. P. 617; Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y: Attention, frailty, and Falls: The effect of a manual task on basic mobility // *J Am Geriatr Soc*. 1998. Vol. 46. P. 758–761]. Психосоциальными последствиями старческой астении, которые важно учитывать при уходе, являются тревожно-депрессивный синдром, замкнутость, неспособность к адекватной оценке ситуации. Мероприятия ухода в данном случае должны быть направлены не только на физический компонент заболевания, но и на психологическую сферу, что возможно посредством применения когнитивной гимнастики, приемов вербального общения и прочее.

### **1.3.2 Уход при пролежнях**

Пролежни являются значительной проблемой в пожилом и старческом возрасте, уже само их возникновение может свидетельствовать, наряду с тяжестью состояния, о недостаточном уходе [Пушкова, Э. С., Маругина И. В. Оказание медико-социальной помощи лицам пожилого возраста // *Главврач*. – 2005. – № 5. – С. 33–40]. В основе ухода за пролежнями находятся такие компоненты как тщательный осмотр кожных покровов и уход за ними, использование современных средств ухода за кожей, коррекция общего состояния пациента, а именно нутритивного статуса, нормализация артериального давления, купирование анемического синдрома. Важным компонентом ухода при пролежнях является создание адекватного водного режима, так как в пожилом возрасте часто развивается синдром дегидратации. Фактически не изученной проблемой является регуляция температурного режима при пролежнях, взаимосвязанные с ними пограничные психические расстройства, которые также определяют качество жизни, являясь их биологическими и психосоциальными детерминантами. Важным и малоизученным вопросом является питание при пролежнях. Известно, что необходимо употреблять легкую, но обогащенную белками и витаминами

пищу на фоне адекватного водного режима. Вместе с тем, конкретные вопросы биологических аспектов питания при пролежнях не изучены [Петров В. Н. Артериальная гипертензия у пожилых: сестринский уход // Российский семейный врач. – 2005. – № 4. – С. 53–57; Хоспис: опыт работы в Англии // Социальное обеспечение. – 2006. – № 3. – С. 41; El-Faizy M, Reinsch S: Home safety intervention for the prevention of falls // Phys Occup Ther Geriatr. 1994. Vol. 12. P. 33–49; Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ: An in-home preventive assessment programme for independent older adults // J Am Geriatr Soc. 1994. Vol. 42. P. 630–638; Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HMA, Bezemer PD, Lips P: Falls in the elderly: A prospective study of risk factors and risk profiles // Am J of Epidemiol. 1996. Vol. 143. P. 1129–1136, Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y: Guideline for the prevention of falls in people over 65 // BMJ. 2000. Vol. 321. P. 1007–1011].

### **1.3.3 Уход при нарушении личной гигиены**

Уход при нарушениях личной гигиены является важной проблемой гериатрии. Дело в том, что нарушения правил личной гигиены могут иметь место при широком спектре состояний, от синдрома старческой астении до синдрома self-neglect на фоне неврологической и нервно-психической патологии. Уход в данном случае может быть необходим в связи со следующими наиболее распространенными состояниями: дефицит самоухода; недостаток знаний и навыков самоухода у самого пациента или у его родственников; психо-неврологическая патология с нарушением функций конечностей и отсутствием адекватного контроля тазовых функций. С точки зрения технологии уход при нарушении личной гигиены содержит в себе следующие позиции – уход за полостью рта, уход за глазами и ушами, носом, уход за волосами у лежачего

пациента, уход за ногами при синдроме возрастной стопы, уход за половыми органами.

По данным литературы, вопрос ухода при нарушении личной гигиены обусловлен рядом биологических и психосоциальных детерминант, а именно физическое и психологическое состояние пациента, личные предпочтения и уровень культуры, способность и потребность мыться, переодеваться и стирать одежду. Перспективным направлением дальнейших исследований в данном направлении является выявление роли инволютивных изменений в генезе нарушений личной гигиены, роли активирующего ухода и когнитивной тренировки в преодолении данных нарушений и курации пациентов. Важным вопросом является стандартизация оценки эффективности ухода при нарушениях личной гигиены [Подопригора, Г. М. Особенности сестринского ухода в гериатрии / Г. М. Подопригора // Сестринское дело. – 2007. – № 1. – С. 10–15; Положение о системе аккредитации организаций, осуществляющих гериатрическую и геронтологическую медицинскую и социальную помощь в Российской Федерации // Клиническая геронтология. – 2005. – № 12. – С. 90–94]. Известно, что к таким показателям может относиться наличие жалоб на кожный зуд, изменения кожи – болевой синдром, гипертермия, жжение, наличие неприятного запаха, общий неряшливый и неопрятный вид. Проблемным вопросом является изучение того, каким образом можно применять инструментарий, принятый в геронтологии и гериатрии, в частности, опросники и шкалы, в оценку качества и эффективности ухода при нарушениях личной гигиены [Пушкова Э. С., Подопригора Г. М., Шарин С. В. Модель работы медицинской сестры в гериатрии // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 39–40; Равич-Щербо И. В., Обухова О. Б. Психогенетические исследования старения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2005. – № 4. – С. 16–24, Hale WA, Delaney MJ McGaghie WC: Characteristics and predictors of falls in elderly patients // J Fam Pract. 1992. Vol. 34. P. 577–581].



### 1.3.4 Уход при синдроме недержания мочи

Недержание мочи является клиническим синдромом, который часто представляется поводом для оказания пациенту постоянной посторонней помощи. Ведущим патогенетическим механизмом развития синдрома недержания мочи у женщин является нарушения эстрогенного фона, при котором развивается поллакиурия, дизурия, императивные позывы на мочеиспускание. Надо отметить, что к настоящему времени выявлены биологические детерминанты, способствующие повышению качества жизни женщин с синдромом недержания мочи. К ним относят точная диагностика причин недержания мочи, что способствует выбору адекватной тактики ведения; применение специальных упражнений, ориентированных на укрепление мышц тазового дна, индивидуально подобранная медикаментозная терапия. Значительной проблемой в ведении пациентов с синдромом недержания мочи представляется грамотное устройство постели больного, к которой должен быть обеспечен легкий доступ с любой стороны, постоянный режим смены постельного и нательного белья пациента, обучение пациента и его родственников правилам поведения при синдроме недержания мочи [Пушкова Э. С., Подопригора Г. М., Бондаренко Т. В. Взаимодействие медицинской и социальной служб Гериатрического центра С.-Петербурга // Главврач. – 2005. – № 4. – С. 66–68]. В отношении ухода за пациентами с данным синдромом также отсутствуют данные о методах постоянной оценки качества ухода, что требует научного поиска в данном направлении [Бойко Ю. П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 45–49; Подопригора Г. М. Роль медицинской сестры в оказании гериатрической помощи // Сестринское дело. – 2007. – № 2. – С. 22–23; Ebrahim S, Thompson PW, Baskaran V, Evans K:

Randomized placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis // *Age Ageing* 1997. Vol. 26. P. 253–260].

### **1.3.5 Уход при двигательных нарушениях**

В пожилом и старческом возрасте двигательные нарушения представляют собой значительную эпидемиологическую проблему, так как достоверно чаще, по сравнению с лицами среднего возраста, встречаются нарушения мозгового кровообращения с последующим развитием неврологического дефицита и двигательными ограничениями. В плане грамотной организации ухода за пожилыми людьми с двигательными нарушениями, необходимым является последовательное решение следующих проблем диагностического характера – выявление степени двигательного расстройства, риска возникновения пролежней, нарушения выделительных функций (в пожилом возрасте чаще всего встречаются запоры), степень адаптации пациента с ограничениями передвижения, степень и качество заполненности освободившегося времени, наличие тревожно-депрессивного и других пограничных психических расстройств, риск возникновения суицида, степень влияния ограничения подвижности на состояние суставного аппарата и прочее [Назаренко Г.И. и др. Новые компьютерные технологии в оценке биологического возраста // *Клиническая геронтология*. – 2005. – № 7. – С. 39–40; Никитина Л. А. Сестринский уход в паллиативной медицине // *Российский семейный врач*. – 2006. – № 4: Ч. 1. Психология общения и общий уход. – С. 50–57; Петров В. К. Атлетическая гимнастика для пожилых // *ЛФК и массаж*. – 2006. – № 11. – С. 34–38; № 12. – С. 15–21.].

По данным литературы, основными биологическими детерминантами обеспечения качества жизни при нарушениях передвижения являются следующие: проведение комплекса мероприятий, ориентированных на обеспечение внешних признаков ухода, проведение доступной для пациента лечебной гимнастики, в

том числе применение специальных методов пассивной гимнастики и массажа. Считается, при сохранении когнитивных способностей важным является проведение терапевтического обучения пациента и его родственников правилам поведения при синдроме ограничения передвижения. Наконец, важными биологическими детерминантами обеспечения качества жизни является наличие сбалансированного питания, при необходимости – организация консультации и последующей помощи специалистов психолога и психотерапевта, чрезвычайно важным представляется адекватное ведение пациентов при пролежневом процессе.

К актуальным направлениям научных исследований в области ухода за пожилыми пациентами с синдромом нарушения передвижения относится обоснование применения оптимальных опросников и шкал, которые позволяют в динамике ухода оценивать изменения двигательной активности, качество жизни и социальную адаптацию пациентов. До сих пор научно-обоснованного инструментария динамической оценки состояния пациента в гериатрической практике не создано.

### **1.3.6 Уход за постинсультными пациентами**

Уход за постинсультными пациентами пожилого возраста представляет собой весьма серьезную медико-социальную проблему. Уход в этом случае должен осуществляться по следующим направлениям – уход за кожей и профилактика пролежневого процесса; профилактика аспирационного синдрома и вторичных пневмоний; обеспечение адекватной гидратации пациентов; уход при снижении контроля за функцией тазовых органов; курация, в случае необходимости, болевого синдрома; устранение в максимально возможной степени дефицита самоухода.

Важнейшей биологической детерминантой качества ухода при последствиях ухода является профилактика аспирационных пневмоний, которая должна осуществляться в следующих направлениях – постоянная санация полости рта и верхних дыхательных путей; обеспечение проходимости верхних дыхательных путей; правильное расположение пациента в постели, адекватное позиционирование; применение компрессионных изделий при наличии признаков варикозного расширения вен нижних конечностей [Голенков А. В. и др. Особенности сестринского ухода за психически больными в возрасте обратного развития // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 37–41; Малыхин В. П. Модернизация технологий социальной работы по проблемам профилактики преждевременного старения // Отечественный журнал социальной работы. – 2006. – № 3. – С. 52–57; Мочкин И. А. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста // Главврач. – 2006. – № 12. – С. 46–48; Никольская Т. А., Гаврилова Т. Оздоровительные занятия с лицами пожилого возраста // Социальное обеспечение. – 2006. – № 1. – С. 39–40; Оловников, А. М. Редумера как недостающее звено в понимании старения человека // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 50–69].

Важным является обучение родственников пациента правилам ухода за постинсультными пациентами, правилам обращения с парализованной конечностью.

Биологическим критерием, позволяющим расценивать уход как качественный, является применение методов кинезотерапии в доступном для пациента диапазоне. В частности, целесообразно применять такие приемы, как прием с использованием дополнительного стула при передвижениях по дому; оказывать помощь пациенту, сидящему на кушетке или на стуле; помощь пациенту при его переходе из лежачего положения в положение стоя; поддержка пациента при ходьбе; выполнение требований при передвижении пациента, то есть передвижения должны иметь заданный темп и быть медленными [Lord SR,

Clark RD, Webster EW: Visual acuity and contrast sensitivity in relation to falls in an elderly population // *Age Ageing* 1991. Vol. 20. P. 175–181; Lord SR, Ward JA, Williams P, Strudwick M: The effect of a 12-month exercise trial on balance, strength and falls in older women: A randomized controlled trial // *J Am Geriatr Soc.* 1995. Vol. 43. P. 1198–1206; Sorock GS, Labiner DM: Peripheral neuromuscular dysfunction and falls in an elderly cohort // *Am J Epidemiol.* 1992. Vol. 136. P. 584–591].

Значительной научной проблемой при уходе за постинсультными пациентами в гериатрии является поиск оптимального режима проводимой кинезотерапии, которая не должна носить излишне нагрузочный характер для пациента; оценка эффективности проводимых мероприятий ухода в плане влияния на качество жизни, режим социальной активности, степень зависимости от посторонней помощи [Лазебник Л. Б. Старение и полиморбидность // *Consilium medicum.* – 2005. – № 12. – С. 993–996; Лисица, Д. И. Мобильная гериатрическая служба в общей врачебной практике // *Врач.* – 2006. – № 1. – С. 32–34; Steinberg M, Cartwright C, Peel N, Williams G: A sustainable programme to prevent falls and near falls in community dwelling older people: results of a randomized trial // *J Epidemiol Community Health* 2000. Vol. 54. P. 227–232, Steinberg M, Lyketsos CG, Steele C, Baker L, Brandt J, Baker A: Falls in the institutionalized elderly with dementia: a pilot study // *Annals of Long-Term Care* 1998. Vol. 6. P. 153–162].

### **1.3.7 Уход при хроническом болевом синдроме**

По данным разных авторов, распространенность хронического болевого синдрома в пожилом и старческом возрасте достигает 60 – 80%, причем стойкий, упорный к терапии, выраженный болевой синдром характерен не менее чем для 10% пожилой популяции. В этом случае возникает потребность в организации ухода [Максимова Н. Е. Популяционная частота психических расстройств позднего возраста // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2005. – № 1. – С.

40–43, Максимова Н. Е. Катамнестическое исследование диспансерной когорты больных в возрасте старше 60 лет // Казанский медицинский журнал. – 2006. – № 6. – С. 469–472; Кунафина Е. Р. Прогнозирование общественно опасных действий психически больных пожилого и старческого возраста // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 2. – С. 29–33, Кунафина Е. Р. Динамика субъективных показателей социального функционирования и качества жизни в процессе принудительного лечения больных шизофренией старших возрастных групп // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 47–49; Кутузова, С. С. «Работа в беде»: хоспис на дому в подмосковной Дубне // Социальная защита. – 2006. – № 1. – С. 22–25; Simpson JM, Harrington R, Marsh N: Guidelines for managing falls among elderly people // Physiotherapy. 1998. Vol. 84. P. 173–177].

В отношении качества ухода при хроническом болевом синдроме важное значение принадлежит грамотному выбору обезболивающей терапии, которая должна носить поэтапный характер.

При слабой боли целесообразным является применение ненаркотических анальгетиков, таких как парацетамол, аспирин, других препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств. В случае усиления болевого синдрома и развития умеренной боли к терапии подключаются более мощные препараты, например, такие как трамадол, кетанов, кодеин и прочие. При сильной боли наступает очередь наркотических анальгетиков, которые применяют вместе с психотропными средствами, усиливающими обезболивающий эффект анальгетиков [Кременцова А. В., Переверзев М. О. Возможности и перспективы увеличения продолжительности жизни // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 72–74; Криушин С. И. Инновации в работе медсестер госпиталя для ветеранов // Сестринское дело. – 2006. – № 5. – С. 36–39; Кунафина Е. Р. Динамика субъективной оценки своей жизни больными пожилого и старческого возраста, находящимися на принудительном лечении // Социальная и клиническая

психиатрия. – 2006. – № 2. – С. 21–24; Schwartz AV, Villa ML, Prill M, Kelsey JA, Galinus JA, Delay RR, Nevitt MC, Bloch DA, Marcus R, Kelsey JL: Falls in older Mexican-American women // *J Am Geriatr Soc.* 1999. Vol. 47. P. 1371–1378].

Вместе с тем, биологическими и психосоциальными детерминантами повышения качества жизни при хроническом болевом синдроме являются следующие. Проведение когнитивных мероприятий, которые направлены на психологическое отвлечение от боли; поддерживающие меры – стимулирование заботы о семье, информирование пациента и его окружения о возможности самостоятельного (доврачебного) купирования болевого синдрома; поведенческая терапия, такая как применение методов релаксации, управляемого дыхания, позволяющая уменьшить возбуждение, отчасти снизить болевые ощущения; элементы физической терапии – криотерапия, электрическое воздействие на нервные окончания, которые обладают отвлекающим эффектом и способствуют лучшей переносимости боли [Карюхин Э. В. Модели геронтологической помощи на дому // *Клиническая геронтология.* – 2005. – № 7. – С. 53–59, Карюхин Э. В. О путях развития служб геронтологической помощи на дому // *Клиническая геронтология.* – 2006. – № 4. – С. 27–30; Столпникова В. Н. и др. Количественные изменения показателей иммунитета у долгожителей // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.* – 2006. – № 6. – С. 50–53; Гаврилова, Н. Е. Влияние старения населения России на течение заболеваний // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.* – 2006. – № 1. – С. 23–27, Forrester DA, McCabe-Bender J, Tiedeken K: Fall risk assessment of hospitalized adults and follow-up study // *J Nurses Staff Dev.* 1999. Vol. 15. P. 251–259].

В гериатрической практике требуется обоснование комплексного подхода к терапии хронического болевого синдрома и ухода при данном состоянии, в особенности – изучение влияния и роли инволютивных изменений в генезе данного состояния.

### 1.3.8 Уход за пациентами с психическими расстройствами

Уход за пожилыми пациентами с психическими расстройствами представляет значительную проблему. Это обусловлено, прежде всего, высокой распространенностью нейродегенеративных заболеваний (болезнь Альцгеймера, деменция Пика и прочие), болезни Паркинсона, сосудистой патологии головного мозга, которые сами по себе способствуют высокому уровню инвалидизации [Концевой В. А., Медведев А. В. К проблеме классификации функциональных психических расстройств в позднем возрасте // Психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 7–11]. Кроме того, в старших возрастных группах часто встречается псевдодеменция на других соматических заболеваниях и дефицита ухода [Калякина, Т. В., Баскакова Н. А., Бикина А. К. Хоспис на дому // Работник социальной службы. – 2005. – № 4. – С. 22–24; Lipsitz LA, Nakajima I, Gagnon M, Hirayama T, Connelly CM, Izumo H: Muscle strength and fall rates among residents of Japanese and American nursing homes: An international cross-cultural study // J Am Geriatr Soc. 1994. Vol. 42. P. 953–959, Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HMA, Bezemer PD, Lips P: Falls in the elderly: A prospective study of risk factors and risk profiles // Am J of Epidemiol. 1996. Vol. 143. P. 1129–1136, Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH: Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly (Cochrane Review); in The Cochrane Library Issue 2. Oxford, Update Software; 1998, Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME: Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs // J Am Geriatr Soc. 1999. Vol. 47. P. 40–50, Latham N, Anderson C, Lee A, Stretton C, Moseley A, Cameron I: A randomised trial of home based strength training on physical health in frail elderly patients // Gerontology. 2001. Vol. 47(1). P. 523].

В связи с этим описаны биологические факторы, которые являются предикторами развития псевдодеменции и ухудшения состояния (когнитивных способностей) при истинной деменции.



К таким факторам относится, в частности, некачественный уход с дефицитом питания, некачественным питанием с недостаточностью витаминов группы В [Голованова, Е. Д., Осипова Т. В., Салаш О. Б. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и темп старения в зрелом возрасте // Клиническая геронтология. – 2005. – № 11. – С. 26–30; Fiatarone M, O’Neill E, Ryan ND et al: Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people // N Engl J Med. 1994. Vol. 330. P. 1769–1775; Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y: Guideline for the prevention of falls in people over 65 // BMJ. 2000. Vol. 321. P. 1007–1011].

Важное значение имеет температура воздуха в помещении, в котором находится пожилой человек, так как чрезмерно низкая температура способствует снижению когнитивных расстройств [Гехт И. А. Одинокая старость: медико-социальные аспекты // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 31–34; Cook DJ, Guyatt GH: Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents // Chest. 1995. Vol. 108(4). P. 227–223, Conley D, Schultz AA, Selvin R: The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale // Medsurg Nurs. 1999. Vol. 8. P. 348–354].

Большое значение в старших возрастных группах принадлежит созданию адекватного питьевого режима, который позволяет предотвратить синдром дегидратации. Развитие дегидратации способно приводить к ухудшению когнитивных способностей в связи с ухудшением перфузии головного мозга [Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C: Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): A randomized controlled trial // Lancet. 1999. Vol. 353. P. 93–97, Coleman EA, Grothaus LC, Sandhu N, Wagner EH: Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults // J Am Geriatr Soc. 1999. Vol. 47. P. 775–783, Gallagher EM, Brunt H: Head over heels: impact of a health promotion program to reduce falls in the elderly // Can J Aging. 1996. Vol. 15. P. 84–96].

При уходе важное значение принадлежит обеспечению рационального контроля за применяемыми медикаментами, поскольку пожилые люди часто злоупотребляют ими и находятся под влиянием синдрома полипрагмазии. Наиболее неблагоприятным действием в отношении когнитивных способностей обладают бензодиазепины, препараты брома, производные фенobarбитала [Гаврилова С. И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 5–11; Кунафина Е. Р. Прогнозирование общественно опасных действий психически больных пожилого и старческого возраста // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 2. – С. 29–33; Clark RD, Lord SR, Webster IW: Clinical parameters associated with falls in an elderly population // Gerontology. 1993. Vol. 39. P. 117–123; Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME: Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs // J Am Geriatr Soc. 1999. Vol. 47. P. 30–39; Tinetti ME: Risk factors for falls among elderly persons living in the community // N Engl J Med. 1988; Vol. 319. P. 1701–1707.].

Наконец, важным компонентом ухода при дементных и псевдодементных расстройствах является динамическое наблюдение за соматическим состоянием. Например, обострение или ухудшение течения таких заболеваний как артериальная гипертензия, сахарный диабет, хроническая почечная или печеночная недостаточность способны усугубить когнитивные расстройства [Васильчиков В. М. Реформа системы социальной защиты населения и качество жизни пожилых людей // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 3–7; Волкова Т. Н. Социальные и психологические проблемы старости // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С.118–126; Nakamura T, Meguro K, Sasaki H: Relationship between falls and stride length variability in senile dementia of the Alzheimer type // Gerontology. 1996. Vol. 42. P. 108–113].

Важной научной проблемой совершенствования ухода за пожилыми людьми с психическими расстройствами является ранжирование и уточнение параметров

биологических факторов, которые способствуют поддержанию соматического и нервно-психического статуса на оптимальном уровне.

### *Заключение к главе 1*

В настоящее время основополагающим принципом осуществления ухода и его конечной целью является обеспечение достоинства и ценности человеческой жизни вне обстоятельств, обусловленных болезнью. В связи с этим наблюдается увеличение объемов оказываемой помощи на дому, а не в стационарных условиях. Это связано с тем, что именно в домашних условиях сохраняются социальные связи пожилого пациента, что является основой наиболее полной его социализации. Тенденция переноса акцентов ухода со стационарного на домашний этап является чертой, присущей современному состоянию медико-социальной помощи в России и других высокоразвитых стран.

К настоящему времени разработаны основные положения теории и практики ухода в гериатрии. В частности, известны этапы ухода, в достаточной мере обоснованы основные мероприятия ухода при отдельных заболеваниях и клинических синдромах, таких как синдроме старческой астении, пролежнях, дементных расстройствах. Вместе с тем, по данным литературы, имеется потребность в формировании комплексного подхода к уходу в гериатрии, алгоритмизации биологических детерминант обеспечения максимально возможного качества жизни при патологии, требующей ухода. В этой связи, на основе изучения современной литературы по вопросам ухода за людьми пожилого и старческого возраста, нами были сформулированы следующие направления диссертационного поиска:

- изучить возрастные биологические и психосоциальные потребности людей, требующих ухода на дому;

- выявить биологические и психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни людей пожилого и старческого возраста на дому;
- разработать и оценить эффективность био-психосоциальной модели активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

## Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### 2.1 Этапы проведенного исследования

#### 2.1.1 Возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей при уходе на дому

Проведенное исследование было выполнено поэтапно.

Вначале нами был проведен возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей людей среднего, пожилого и старческого возраста при осуществлении ухода за ними на дому. В данный раздел исследования нами было включено следующее количество пациентов.

Пациентов среднего возраста с последствиями инсульта было 31 (33,3%), пожилого возраста – 32 (34,4%), старческого возраста – 30 пациентов (32,3%), всего пациентов с последствиями мозгового инсульта было 93.

Переломы разной локализации были отмечены в среднем возрасте у 30 пациентов (32,3%), пожилom возрасте – 31 (33,3%), старческом возрасте – 32 (34,4%), всего таких пациентов было включено в исследование 93.

В уходе также нуждались пациенты, перенесшие хирургические операции и находящиеся в раннем послеоперационном периоде, таких лиц было включено – в среднем возрасте 31 человек (33,3%), в пожилом возрасте – 30 (32,6%), в старческом возрасте – 32 пациента, что составляло 34,1%. Общее количество пациентов в послеоперационном периоде, включенных в исследование, было 93.

В терминальной стадии онкологической патологии нами наблюдалось 32 пациента в среднем возрасте (33,7%), 31 пациент в пожилом возрасте (32,6%), 32 пациента в старческом возрасте (33,7%), всего – 95 пациентов.

В исследование нами было включено следующее количество пациентов с хронической сердечной недостаточностью третьего и четвертого функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов: в среднем возрасте – 30 пациентов (32,9%), в пожилом возрасте – 31

(34,1%), в старческом возрасте – 30 пациентов (33,0%), общее количество пациентов – 91.

Пациентов с хронической дыхательной недостаточностью второй и третьей стадии на фоне хронической обструктивной болезни легких было следующее количество: в среднем возрасте – 31 (32,9%), в пожилом возрасте – 32 (34,0%), в старческом возрасте – 31 (33,1%), всего – 94 пациента.

Пациентов с нарушениями тазовых функций как ведущего инвалидизирующего проявления мозгового инсульта всего было включено в исследование 94, причем в среднем возрасте – 31 человек (32,9%), в пожилом возрасте – 32 человека (34,2%), в старческом возрасте – 31 пациент (32,9%).

В исследование нами были включены также пациенты с хроническим длительным болевым синдромом, общее их количество составляло 93, из них в среднем возрасте было 32 (34,0%), в пожилом возрасте – 31 (33,3%), в старческом возрасте – 30 пациентов (32,7%).

Таким образом, в данном разделе диссертационного исследования приняло участие 746 пациентов, из которых в среднем возрасте было 248 человек, в пожилом возрасте – 250 и в старческом – 248 пациентов.

Количественная характеристика и нозологическая структура отобранных пациентов среднего, пожилого и старческого возраста представлена в таблице 1.

Характеристика пациентов, отобранных для возрастного анализа биологических и психосоциальных потребностей при уходе на дому

Возраст, М±m, годы	Возраст, лет						Итого
	Средний (55,2±2,2)		Пожилой (67,1±2,4)		Старческий (78,1±1,9)		
Нозологическая форма/Синдром	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс. (100%)
Последствия инсульта	31	33,3	32	34,4	30	32,3	93
Переломы разной локализации	30	32,3	31	33,3	32	34,4	93
Послеопераци- онный период	31	33,3	30	32,6	32	34,1	93
Онкологическая патология	32	33,7	31	32,6	32	33,7	95
Хроническая сердечная недостаточность	30	32,9	31	34,1	30	33,0	91
Хроническая дыхательная недостаточность	31	32,9	32	34,0	31	33,1	94
Нарушение тазовых функций	31	32,9	32	34,2	31	32,9	94
Хронический болевого синдром	32	34,0	31	33,3	30	32,7	93
Всего	248	100	250	100	248	100	746

Для выявления биологических и психосоциальных потребностей обследуемых нами был разработан специальный опросник, который включал в себя следующие блоки:

- 1) биологические и медицинские проблемы пациента: проблемы питания, болевой синдром, контроль тазовых функций, ограничение автономности и самостоятельности, проблемы внимания, чувство жажды (уменьшение степени обезвоживания), дыхательные расстройства, кожные проблемы, астенический синдром, нарушения терморегуляции в виде гипотермии;

- 2) психологические проблемы: внутренняя картина болезни, уровень семейной поддержки, доступность религиозных ритуалов, чувство вины перед родственниками и прочие;
- 3) социальные проблемы: чувство социальной изоляции, финансовые затруднения.

Результатом данного раздела исследования были данные о возрастных различиях в плане биологических и психосоциальных потребностей людей среднего, пожилого и старческого возраста, нуждающихся в уходе на дому.

### **2.1.2 Анализ влияния биологических и психосоциальных компонентов в обеспечение качества жизни пожилых людей при уходе на дому и разработка модели активирующего ухода**

Далее нами был проведен корреляционный анализ, позволяющий выявить вклад отдельных биологических и психосоциальных потребностей людей пожилого и старческого возраста в обеспечение качества их жизни при уходе на дому.

В данном разделе исследования приняло участие 250 пациентов пожилого возраста, средний возраст составлял  $67,1 \pm 2,4$  лет и 248 пациентов старческого возраста, средний возраст -  $78,1 \pm 1,9$  лет. Для определения качества жизни нами был применен опросник SF-36 [Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002.- 440 с.].

Данный опросник отражает общую самооценку пациентом собственного здоровья в динамике за последний год, а также восемь сфер здоровья: физическое функционирование, ролевые ограничения в связи с проблемами в сфере физического здоровья, боль, эмоциональное благополучие, ролевые ограничения в связи наличием проблем в сфере эмоционального функционирования, социальное функционирование, представление пациента о сохранности собственных жизненных сил.

В результате данного этапа работа нами были выявлены наиболее важные биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому.



Полученные данные легли в основу *разработки био-психосоциальную модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.*

Для этого была проведена экспертная оценка мероприятий, которые в наибольшей степени способны реализовать достижение максимально возможного качества жизни посредством воздействия на выявленные биологические и психосоциальные детерминанты.

Для проведения экспертной оценки была создана высококвалифицированная экспертная группа, состоящая из сотрудников кафедры терапии и патологии пожилого возраста института повышения квалификации ФМБА России (г. Москва), в составе 4 человек, из них докторов медицинских наук – 1, кандидатов медицинских наук – 3, все члены экспертной группы имели шифр научной специальности 14.01.30 – геронтология и гериатрия.

Итогом данного раздела диссертационной работы стала разработанная био-психосоциальная модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

### **2.1.3 Внедрение и оценка эффективности модели активирующего ухода на дому**

Заключительным этапом исследования стали внедрение разработанной модели и ее оценка ее эффективности.

Внедрение и оценка эффективности модели выполнена на базе агентства «ЮСИ» в Красносельском районе города Санкт-Петербурга.

Для этого было сформировано две группы лиц пожилого и старческого возраста – контрольная (n=32, средний возраст  $67,4 \pm 1,8$  лет) и основная (n=31, средний возраст  $67,9 \pm 1,6$  лет).

Пациенты контрольной группы получали стандартные мероприятия ухода со стороны медицинских и социальных служб, в отношении пациентов контрольной

группы была применена разработанная био-психосоциальная модель активирующего ухода.

Критериями включения в исследование были – наличие заболеваний, которые требуют мероприятий ухода на дому, пожилой и старческий возраст пациентов; критерием исключения – наличие психиатрических заболеваний, требующих ухода и затрудняющих вербальный контакт с пациентом.

Период наблюдения составил 3 месяца, по окончании которого была проведена оценка эффективности разработанной модели.

Для оценки эффективности были применены следующие позиции [Матвейчук Т.В. с соавт., 2011]:

- 1) наличие дефектов ухода: неопрятный внешний вид, дерматит, сыпи, пролежни, нарушение гигиенических правил;
- 2) нарушение пациентом объема, кратности, сроков приема лекарственных форм, изменения в области инъекций (уплотнение, инфильтрат, флебит);
- 3) выполнение пациентом программ активирующей кинезотерапии.

До и после периода наблюдения были применены тесты: определение Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела; качество жизни по опроснику SF-36.

Индекс Активностей Повседневной Жизни был определен по шкале Бартела, которая включала в себя следующие вопросы:

А. Прием пищи: не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи (5); полностью зависим от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью) (0).

Б. Персональный туалет: умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье (10); не нуждаюсь в помощи (5); нуждаюсь в помощи (0).

В. Одевание: не нуждаюсь в посторонней помощи (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (5); полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Г Прием ванны: принимаю ванну без посторонней помощи (5); нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация): не нуждаюсь в помощи (20); частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера) (10); постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций (0).

Е. Посещение туалета: не нуждаюсь в помощи (10); частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.) (5); нуждаюсь в использовании судна, утки (0).

Ж. Вставание с постели: не нуждаюсь в помощи (15); нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10); могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка (5); не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0).

З. Передвижение: могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м (15); могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м (10); могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5); не способен к передвижению (0).

И. Подъем по лестнице: не нуждаюсь в помощи (10); нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5); не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0).

После ответа пациента (ближайшего окружения) на поставленные вопросы был определен суммарный балл, если он колебался от 0 до 20, то это соответствовало полной зависимости больного, от 21 до 60 - выраженной зависимости, от 61 до 90 - умеренной зависимости, от 91 до 99 - легкой зависимости, 100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности.

Результатом заключительного раздела исследования стало научное обоснование эффективности разработанной био-психосоциальная модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

Сводные данные о проведенном исследовании представлены в таблице 2.

## Сводные данные о проведенном исследовании

Этап исследования	Количество испытуемых
Возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей людей среднего, пожилого и старческого возраста при осуществлении ухода за ними на дому	248 пациентов среднего возраста, 250 пациентов пожилого возраста, 248 пациентов старческого возраста, всего – 746 пациентов
Выявление биологических и психосоциальных детерминант качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому	250 пациентов пожилого возраста, 248 пациентов старческого возраста, всего – 498 пациентов
Разработка био-психосоциальной модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому	Экспертная оценка 498 случаев ухода за людьми пожилого и старческого возраста
Оценка эффективности разработанной модели ухода	Контрольная группа из 32 пациентов, основная группа – 31 пациент

## 2.2 Статистические методы

Для статистической обработки результатов исследования нами был использован метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия t-Стьюдента; коэффициент корреляции Пирсона; при проведении экспертной оценки – методика 0-гипотезы с расчетом коэффициента  $\chi^2$ . При проведении статистической обработки была применена программа «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

## Заключение к главе 2

Проведенное диссертационное исследование заключалось в последовательном решении задач, направленных на разработку, внедрение и оценку эффективности активирующей модели ухода за людьми пожилого возраста на дому, которая основана на учете биологических и психосоциальных детерминант качества жизни.

Вначале был проведен возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей людей среднего, пожилого и старческого возраста при осуществлении ухода за ними на дому. Для этого обработан массив информации в 248 пациентов среднего возраста, 250 пациентов пожилого возраста, 248 пациентов старческого возраста, всего – 746 пациентов.

Далее были выявлены биологические и психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому, для чего был проведен их статистический анализ у 250 пациентов пожилого возраста, 248 пациентов старческого возраста, всего – у 498 пациентов.

Экспертная оценка 498 случаев ухода за людьми пожилого и старческого возраста, вместе с данными, полученными на предыдущих этапах исследования, легли в основу разработанной оригинальной био-психосоциальной модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому.

На заключительном этапе диссертационной работы нами была проведена оценка эффективности разработанной модели ухода посредством проспективного контролируемого исследования, в ходе которого были сформированы контрольная группа из 32 пациентов, основная группа из 31 пациента.

Отличительной особенностью проведенного нами исследования было применение методов, принятых в современной гериатрии, то есть опросников и шкал.

Все материалы обработаны статистически путем применения современных методов, в том числе компьютерной обработки данных.

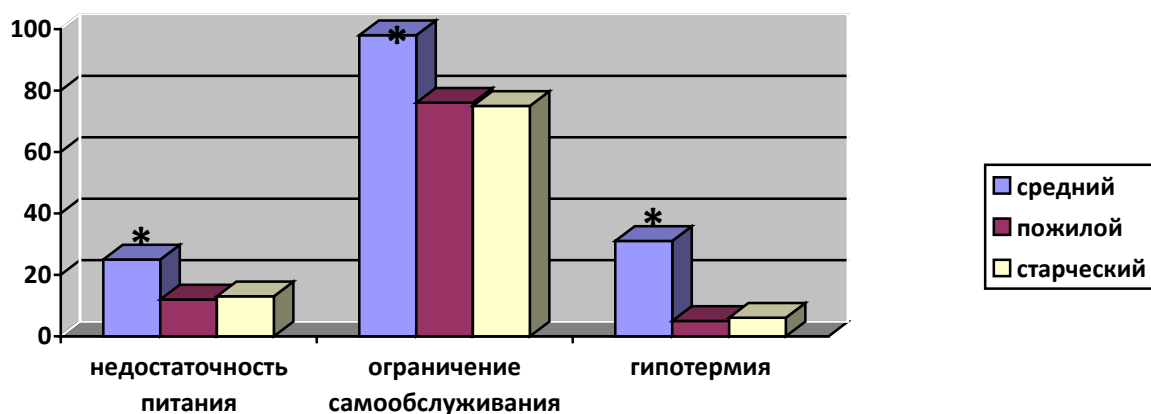
Вышеизложенное позволяет расценивать материалы диссертации как воспроизводимые, а предлагаемую модель активирующего ухода за гериатрическими пациентами на дому рекомендовать в широкому применению в деятельности медицинских и социальных учреждений, оказывающих гериатрическую помощь.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### Глава 3. БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ: ВОЗРАСТНОЙ АНАЛИЗ

#### 3.1 Биологические потребности людей разного возраста при уходе на дому

При изучении возрастных различий биологических потребностей при уходе на дому было выявлено, что для людей среднего возраста наибольшие затруднения и вклад в снижение качества жизни приносили недостаточное питание –  $24,5 \pm 2,3\%$ , ограничение самостоятельности при выполнении бытовых манипуляций из-за поражения суставов, болевого синдрома и других биологических причин –  $98,4 \pm 8,7\%$ , а также синдром гипертермии –  $31,4 \pm 3,1\%$ ,  $p < 0,05$  по сравнению с лицами пожилого и старческого возраста (рисунок 1).



*\* $p < 0,05$  при сравнении пациентов среднего и пожилого/старческого возраста*

Рисунок 1. Возрастные отличия в распределении биологических факторов с потребностью в их коррекции при осуществлении ухода ( $M \pm m$ , %).

В пожилом и старческом возрасте в достоверно большей степени были распространены такие потребности как:

- необходимость снизить болевой синдром – в пожилом возрасте  $19,7 \pm 1,8\%$ , в старческом возрасте –  $28,9 \pm 2,3\%$ ;

- снизить чувство жажды (уменьшить степень обезвоживания) соответственно в пожилом и старческом возрасте  $7,9 \pm 0,9\%$  и  $14,5 \pm 1,2\%$ ;

- уменьшить выраженность дыхательных расстройств –  $5,7 \pm 0,7\%$  и  $9,8 \pm 0,9\%$ ;

- купировать синдром задержки/недержания мочи –  $7,4 \pm 0,8\%$  и  $12,5 \pm 1,1\%$ ;

- купировать нарушения дефекации –  $8,9 \pm 0,9\%$  и  $15,4 \pm 1,3\%$ ; разрешение кожных проблем –  $10,9 \pm 1,0\%$  и  $21,0 \pm 1,4\%$ ;

- устранить слабость (астенический синдром) –  $85,2 \pm 4,8\%$  и  $98,4 \pm 4,9\%$ ;

- купировать нарушения терморегуляции в виде гипотермии –  $10,4 \pm 1,0\%$  и  $31,5 \pm 2,1\%$ ,  $p < 0,05$  (таблица 3).

Таблица 3

Возрастные отличия в распределении биологических потребностей при осуществлении ухода на дому ( $M \pm m$ , %)

Биологическая потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Купирование болевого синдрома	$12,1 \pm 1,3$	$19,7 \pm 1,8$	$28,9 \pm 2,3^{*,**}$
Купирование жажды	$5,3 \pm 0,4$	$7,9 \pm 0,9$	$14,5 \pm 1,2^{*,**}$
Устранение дыхательных расстройств	$2,1 \pm 0,2$	$5,7 \pm 0,7$	$9,8 \pm 0,9^{*,**}$
Купирование расстройств мочеиспускания	$3,5 \pm 0,3$	$7,4 \pm 0,8$ $12,5 \pm 1,1^{*,**}$	
Купирование расстройств дефекации	$8,9 \pm 0,9$	$15,4 \pm 1,3^{*,**}$	
Устранение кожных проблем	$4,5 \pm 0,5$	$10,9 \pm 1,0$	$21,0 \pm 1,4^{*,**}$
Устранение слабости	$78,4 \pm 3,5$	$85,2 \pm 4,8$	$98,4 \pm 4,9^{*,**}$
Купирование гипотермии	$3,1 \pm 0,3$	$10,4 \pm 1,0$	$31,5 \pm 2,1^{*,**}$

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

Как видно из представленных данных, перечисленные потребности в достоверно большей степени были характерны для людей старческого возраста.

### **3.1.1. Биологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта.**

Надо отметить, что однотипное возрастное распределение биологических потребностей лиц, за которыми осуществлялся уход на дому, был выявлен нами при последствиях мозгового инсульта. В частности, потребность в купировании болевого синдрома достоверно увеличивалась с возрастом – в среднем возрасте –  $13,2 \pm 1,4\%$ , в пожилом возрасте –  $18,9 \pm 1,7\%$ , в старческом возрасте –  $29,1 \pm 2,2\%$ ,  $p < 0,05$ . Потребность в купировании жажды, то есть создании адекватного режима гидратации также достоверно увеличивалась по мере увеличения возраста: в среднем возрасте –  $5,2 \pm 0,3\%$ , в пожилом возрасте –  $7,8 \pm 0,7\%$ , в старческом возрасте –  $14,6 \pm 1,3\%$ ,  $p < 0,05$ . Устранение дыхательных расстройств было актуально для  $2,3 \pm 0,4\%$  людей среднего возраста,  $5,6 \pm 0,6\%$  людей пожилого и  $9,7 \pm 0,8\%$  старческого возраста; купирование расстройств мочеиспускания и дефекации как биологических потребностей было важно, соответственно, для  $3,4 \pm 0,2\%$  и  $3,5 \pm 0,2\%$  пациентов среднего возраста,  $7,5 \pm 0,9\%$  и  $8,8 \pm 0,8\%$  людей пожилого возраста, в старческом возрасте –  $12,3 \pm 1,2\%$  и  $15,3 \pm 1,2\%$ ,  $p < 0,05$ . Терапия кожных проблем представляла собой биологическую потребность при уходе у  $4,4 \pm 0,4\%$  людей среднего возраста,  $10,8 \pm 0,9\%$  людей пожилого возраста и  $21,1 \pm 1,3\%$  людей старческого возраста,  $p < 0,05$ .

Нами было показано, что устранение слабости (астенического синдрома) было важно при осуществлении ухода для  $77,3 \pm 3,3\%$  пациентов среднего возраста,  $84,1 \pm 4,7\%$  людей пожилого возраста и  $98,5 \pm 4,8\%$  людей старческого возраста,  $p < 0,05$ .

Наконец, по мере увеличения возраста все большую значимость приобретала проблема купирования синдрома гипотермии как биологической потребности, это было важно для  $3,2 \pm 0,2\%$  людей среднего возраста,  $10,3 \pm 1,1\%$  людей пожилого возраста и  $31,4 \pm 2,2\%$  людей старческого возраста,  $p < 0,05$  (таблица 4).



Таблица 4

Возрастные отличия в распределении биологических потребностей при осуществлении ухода на дому при последствиях мозгового инсульта ( $M \pm m$ , %)

Биологическая потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Купирование болевого синдрома	13,2 $\pm$ 1,4	18,9 $\pm$ 1,7 29,1 $\pm$ 2,2*,**	
Купирование жажды	5,2 $\pm$ 0,3	7,8 $\pm$ 0,7	14,6 $\pm$ 1,3*,**
Устранение дыхательных расстройств	2,3 $\pm$ 0,4	5,6 $\pm$ 0,6	9,7 $\pm$ 0,8*,**
Купирование расстройств мочеиспускания	3,4 $\pm$ 0,2	7,5 $\pm$ 0,9	12,3 $\pm$ 1,2*,**
Купирование расстройств дефекации	3,5 $\pm$ 0,2	8,8 $\pm$ 0,8	15,3 $\pm$ 1,2*,**
Устранение кожных проблем	4,4 $\pm$ 0,4	10,8 $\pm$ 0,9	21,1 $\pm$ 1,3*,**
Устранение слабости	77,3 $\pm$ 3,3	84,1 $\pm$ 4,7	98,5 $\pm$ 4,8*,**
Купирование гипотермии	3,2 $\pm$ 0,2	10,3 $\pm$ 1,1	31,4 $\pm$ 2,2*,**

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

Таким образом, при отдельном рассмотрении такой распространенной патологии как последствия мозгового инсульта нами было выявлено, что при уходе за этим континентом биологические потребности являются аналогичными тем, которые выявлены и характерны для всей выборочной совокупности.

### 3.1.2 Биологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме

Не менее важным синдромом, который сопровождает пациентов, нуждающихся в уходе, является хронический болевой синдром. Биологические потребности пациентов с этим синдромом, в возрастном контексте, повторяют те, которые были выявлены нами в масштабе всей выборочной совокупности.

Так, соответственно, в среднем, пожилom и старческом возрасте биологическая потребность в купировании жажды была характерна для 5,6 $\pm$ 0,5%,

7,8±0,8% и 14,8±1,7% пациентов; устранение дыхательных расстройств – 2,1±0,3%, 5,5±0,5% и 9,5±0,7%; купирование расстройств мочеиспускания – 3,5±0,6%, 7,4±0,8% и 12,1±1,3%; купирование расстройств дефекации – 3,1±0,1%, 8,7±0,7% и 15,2±1,1%; устранение кожных проблем – 4,2±0,3%, 10,7±0,8%, 21,2±1,2%; устранение слабости (астенического синдрома) – 77,5±3,4%, 84,2±4,5% и 98,2±4,7%; купирование гипотермического синдрома – 3,5±0,3%, 10,1±1,2% и 31,2±2,1%,  $p < 0,05$  (таблица 5).

### **3.1.3 Биологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности**

Не менее значимой проблемой в клинической и медико-социальной практике при осуществлении ухода на дому является хроническая сердечная недостаточность. При данной патологии биологические потребности пациентов с возрастом распределялись следующим образом.

В среднем, пожилым, а также старческом возрасте биологическая потребность в купировании болевого синдрома была присуща для 12,1±1,3%, 19,6±1,9% и 30,3±2,4% пациентов; купировании жажды - 5,9±0,6%, 7,9±0,8% и 15,3±1,5% пациентов.

Таблица 5

Возрастные отличия в распределении биологических потребностей при осуществлении ухода на дому при хроническом болевом синдроме ( $M \pm m$ , %)

Биологическая потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Купирование жажды	5,6 $\pm$ 0,5	7,8 $\pm$ 0,8	14,8 $\pm$ 1,7*,**
Устранение дыхательных расстройств	2,1 $\pm$ 0,3	5,5 $\pm$ 0,5	9,5 $\pm$ 0,7*,**
Купирование расстройств мочеиспускания	3,5 $\pm$ 0,6	7,4 $\pm$ 0,8 12,1 $\pm$ 1,3*,**	
Купирование расстройств дефекации 3,1 $\pm$ 0,1	8,7 $\pm$ 0,7	15,2 $\pm$ 1,1*,**	
Устранение кожных проблем	4,2 $\pm$ 0,3	10,7 $\pm$ 0,8	21,2 $\pm$ 1,2*,**
Устранение слабости	77,5 $\pm$ 3,4	84,2 $\pm$ 4,5	98,2 $\pm$ 4,7*,**
Купирование гипотермии	3,5 $\pm$ 0,3	10,1 $\pm$ 1,2	31,2 $\pm$ 2,1*,**

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

Устранение дыхательных расстройств имело место у 2,5 $\pm$ 0,5%, 5,7 $\pm$ 0,7% и 9,8 $\pm$ 0,9%; купирование расстройств мочеиспускания – 3,5 $\pm$ 0,4%, 7,7 $\pm$ 0,8% и 14,6 $\pm$ 1,4%; купирование расстройств дефекации – 3,7 $\pm$ 0,3%, 8,9 $\pm$ 0,9% и 17,5 $\pm$ 1,4%.

Такая потребность как устранение кожных проблем была отмечена соответственно у 4,5 $\pm$ 0,3%, 11,3 $\pm$ 0,8%, 22,4 $\pm$ 1,5% пациентов; потребность в устранении слабости (астенического синдрома) – 78,6 $\pm$ 3,7%, 86,8 $\pm$ 4,9% и 98,9 $\pm$ 4,9%; купировании гипотермического синдрома – 3,3 $\pm$ 0,3%, 10,5 $\pm$ 1,2% и 32,5 $\pm$ 2,3%,  $p < 0,05$  (таблица 6).

Возрастные отличия в распределении биологических потребностей при осуществлении ухода на дому при хронической сердечной недостаточности (M±m, %)

Биологическая потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Купирование болевого синдрома	12,1±1,3	19,6±1,9	30,3±2,4*,**
Купирование жажды	5,9±0,6	7,9±0,8	15,3±1,5*,**
Устранение дыхательных расстройств	2,5±0,5	5,7±0,7	9,8±0,9*,**
Купирование расстройств мочеиспускания	3,5±0,4	7,7±0,8	14,6±1,4*,**
Купирование расстройств дефекации	3,7±0,3	8,9±0,9	17,5±1,4*,**
Устранение кожных проблем	4,5±0,3	11,3±0,8	22,4±1,5*,**
Устранение слабости	78,6±3,7	86,8±4,9	98,9±4,9*,**
Купирование гипотермии	3,3±0,3	10,5±1,2 32,5±2,3*,**	

\*p<0,05 при сравнении со средним возрастом,\*\* p<0,05 при сравнении с пожилым возрастом

Таким образом, при хронической сердечной недостаточности нами были выявлены аналогичные закономерности, характерные для всей выборочной совокупности, что подтверждает универсальный характер выявленных возрастных различий в биологических потребностях лиц, которые нуждаются в осуществлении ухода на дому.

Такие биологические потребности как необходимость в коррекции нарушений глотания, отечного синдрома, нарушений речи, дефицита внимания были распространены в группах людей разного возраста без статистически достоверных различий.

В частности, у лиц разного возраста имели место следующие потребности:

- устранение дефицита глотания в среднем возрасте была отмечена у 7,8±0,9% пациентов, в пожилом возрасте – 7,7±1,1%, в старческом возрасте – 7,8±1,0%, p>0,05;

- купирование отечного синдрома - в среднем возрасте имело место у  $9,5 \pm 1,0\%$  пациентов, в пожилом возрасте –  $9,4 \pm 1,1\%$ , в старческом возрасте –  $9,6 \pm 1,2\%$ ,  $p > 0,05$ ;

- коррекция нарушений речи - в среднем возрасте было характерно для  $4,8 \pm 0,4\%$  пациентов, в пожилом возрасте –  $4,9 \pm 0,5\%$ , в старческом возрасте –  $4,8 \pm 0,6\%$ ,  $p > 0,05$ ;

- коррекция дефицита внимания - средний возраст -  $5,1 \pm 0,3\%$  пациентов, пожилой возраст –  $5,2 \pm 0,4\%$ , старческий возраст –  $5,3 \pm 0,5\%$ ,  $p > 0,05$  (таблица 7).

Таблица 7

Возрастные отличия в распределении биологических потребностей при осуществлении ухода на дому ( $M \pm m$ , %)

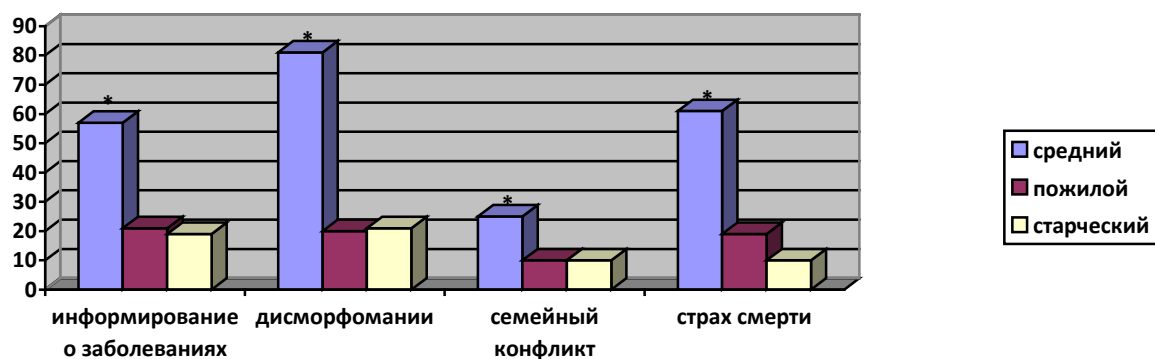
Биологическая потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Купирование нарушений глотания	$7,8 \pm 0,9$	$7,7 \pm 1,1$	$7,8 \pm 1,0$
Купирование отечного синдрома	$9,5 \pm 1,0$	$9,4 \pm 1,1$	$9,6 \pm 1,2$
Коррекция нарушений речи	$4,8 \pm 0,4$	$4,9 \pm 0,5$	$4,8 \pm 0,6$
Коррекция дефицита внимания	$5,1 \pm 0,3$	$5,2 \pm 0,4$	$5,3 \pm 0,5$

Таким образом, нами выявлено, что имеются статистически достоверные различия в частоте распространенности биологических потребностей при уходе на дому.

В частности, для людей среднего возраста наибольшие затруднения и вклад в снижение качества жизни приносили недостаточное питание, ограничение самостоятельности при выполнении бытовых манипуляций из-за поражения суставов, болевого синдрома, а также синдром гипертермии, не характерный для старших возрастных групп людей, включенных в исследование.

Для людей пожилого и старческого возраста наибольшая распространенность была характерна для следующих биологических потребностей, обуславливающих снижение качества жизни: необходимость снизить болевой синдром; снизить

чувство жажды (уменьшить степень обезвоживания); уменьшить выраженность дыхательных расстройств; купировать синдром задержки/недержания мочи; купировать нарушения дефекации; разрешение кожных проблем; устранить слабость (астенический синдром); купировать нарушения терморегуляции в виде гипотермии (рисунок 2).



*\* $p < 0,05$  при сравнении пациентов среднего и пожилого/старческого возраста*

Рисунок 2. Возрастные отличия в распределении психологических факторов с потребностью в их коррекции при осуществлении ухода ( $M \pm m$ , %).

Вместе с тем, потребность в удовлетворении некоторых биологических потребностей, таких как необходимость в коррекции нарушений глотания, отечного синдрома, нарушений речи, дефицита внимания не носили возрастных различий и были обусловлены фоном заболеваний, имевшегося у пациентов разного возраста.

### **3.2 Психологические потребности людей разного возраста**

#### ***при уходе на дому***

#### **3.2.1 Психологические потребности при уходе на дому**

В плане психологических потребностей для пациентов среднего возраста было характерно достоверное преобладание следующих из них:

- потребность более точного информирования о заболевании и его течении – 57,5±2,9% (пожилой возраст – 21,4±1,9%, старческий возраст – 19,8±1,8%);
- купирование чувства тревоги и страха – 59,6±2,8% (пожилой возраст – 31,5±2,0%, старческий возраст – 31,6±2,1%);
- купирование дисморфомании – 81,4±3,3% (пожилой возраст – 20,1±1,8%, старческий возраст – 21,2±1,7%);
- устранение конфликта в семье, причиной которого является заболевание – 25,7±2,4% (пожилой возраст – 10,3±1,5%, старческий возраст – 10,4±1,4%);
- купирование страха смерти – 61,2±3,0% (пожилой возраст – 19,1±1,7%, старческий возраст – 10,2±1,1%);
- устранение ложной вины перед близкими родственниками в связи со своим заболеванием – 35,4±2,7% (пожилой возраст – 20,2±1,8%, старческий возраст – 5,7±0,7%),  $p < 0,05$ .

В тоже время для людей старших возрастных групп были характерны следующие потребности:

- устранение дефицита общения (соответственно, в среднем, пожилом и старческом возрасте – 71,6±3,4%, 89,3±4,1% и 89,2±4,2%);
- повышение роли семьи при осуществлении ухода – 21,4±1,8%, 56,3±2,3% и 72,9±3,1%;
- повышение доверия к персоналу, осуществляющему уход – 7,5±0,9%, 21,3±1,8% и 39,4±2,2%;
- повышение доступности медикаментов – 2,1±0,3%, 5,7±0,9% и 12,9±1,1%;
- повышение доступности религиозных обрядов – 5,3±0,7%, 21,2±1,8% и 20,5±1,7%,  $p < 0,05$  (таблица 8).

Таблица 8

Возрастные отличия в распределении психологических потребностей при осуществлении ухода на дому ( $M \pm m$ , %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение дефицита общения	71,6 $\pm$ 3,4	89,3 $\pm$ 4,1*	89,2 $\pm$ 4,2*
Повышение роли семьи	21,4 $\pm$ 1,8 56,3 $\pm$ 2,3	72,9 $\pm$ 3,1*,**	
Повышение доверия к персоналу	7,5 $\pm$ 0,9 21,3 $\pm$ 1,8	39,4 $\pm$ 2,2*,**	
Повышение доступности медикаментов	2,1 $\pm$ 0,3	5,7 $\pm$ 0,9	12,9 $\pm$ 1,1*,**
Повышение доступности религиозных обрядов	5,3 $\pm$ 0,7	21,2 $\pm$ 1,8*	20,5 $\pm$ 1,7*

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

### 3.2.2 Психологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта

При изучении социальных потребностей пациентов, которые получают уход на дому в связи с последствиями мозгового инсульта, нами были получены следующие результаты. Соответственно в среднем, пожилом и старческом возрасте для пациентов были характерны следующие потребности: устранение дефицита общения – 72,5 $\pm$ 3,5%, 87,2 $\pm$ 4,2%, 88,1 $\pm$ 4,3%; повышению роли семьи в процессе ухода – 22,5 $\pm$ 1,7%, 55,2 $\pm$ 2,4%, 78,5 $\pm$ 3,6%; повышение доверия к ухаживающему персоналу – 7,3 $\pm$ 0,8%, 22,5 $\pm$ 1,7%, 38,5 $\pm$ 2,3%; потребность в повышении доступности медикаментов – 2,2 $\pm$ 0,4%, 5,8 $\pm$ 0,8%, 13,1 $\pm$ 1,4%; повышение доступности религиозных обрядов в процессе ухода – 5,4 $\pm$ 0,8%, 22,4 $\pm$ 1,9%, 22,1 $\pm$ 1,8%,  $p < 0,05$  (таблица 9).



Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому при последствиях мозгового инсульта  
( $M \pm m$ , %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение дефицита общения 72,5 $\pm$ 3,5	87,2 $\pm$ 4,2*	88,1 $\pm$ 4,3*	
Повышение роли семьи	22,5 $\pm$ 1,7	55,2 $\pm$ 2,4	75,8 $\pm$ 3,6*,**
Повышение доверия к персоналу	7,3 $\pm$ 0,8	22,5 $\pm$ 1,7	38,5 $\pm$ 2,3*,**
Повышение доступности медикаментов	2,2 $\pm$ 0,4	5,8 $\pm$ 0,8	13,1 $\pm$ 1,4*,**
Повышение доступности религиозных обрядов	5,4 $\pm$ 0,8 22,4 $\pm$ 1,9*	22,1 $\pm$ 1,8*	

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

### 3.2.3 Психологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме

Нами было выявлено, что соответственно в среднем, пожилом и старческом возрасте для пациентов с хроническим болевым синдромом были характерны следующие потребности: устранение дефицита общения – 70,4 $\pm$ 3,2%, 87,1 $\pm$ 4,0%, 86,9 $\pm$ 4,1%; повышению роли семьи в процессе ухода – 19,3 $\pm$ 1,5%, 53,1 $\pm$ 2,1%, 70,1 $\pm$ 2,8%; повышение доверия к ухаживающему персоналу – 7,3 $\pm$ 0,7%, 20,1 $\pm$ 1,5%, 37,3 $\pm$ 2,0%; потребность в повышении доступности медикаментов – 2,0 $\pm$ 0,2%, 5,5 $\pm$ 0,7%, 11,7 $\pm$ 1,0%; повышение доступности религиозных обрядов в процессе ухода – 5,1 $\pm$ 0,5%, 20,1 $\pm$ 1,6%, 19,7 $\pm$ 1,6%,  $p < 0,05$  (таблица 10).

Таким образом, социальные потребности при хроническом болевом синдроме не отличаются от таковых в размере всей выборочной совокупности.

Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому при хроническом болевом синдроме  
( $M \pm m$ , %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение дефицита общения	70,4 $\pm$ 3,2	87,1 $\pm$ 4,0*	86,9 $\pm$ 4,1*
Повышение роли семьи	19,3 $\pm$ 1,5	53,1 $\pm$ 2,1	70,1 $\pm$ 2,8*,**
Повышение доверия к персоналу	7,3 $\pm$ 0,7	20,1 $\pm$ 1,5	37,3 $\pm$ 2,0*,**
Повышение доступности медикаментов	2,0 $\pm$ 0,2	5,5 $\pm$ 0,7	11,7 $\pm$ 1,0*,**
Повышение доступности религиозных обрядов	5,1 $\pm$ 0,5	20,1 $\pm$ 1,6*	19,7 $\pm$ 1,6*

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

### 3.2.4 Психологические потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности

В ходе проведения диссертационного исследования нами было показано, что в среднем, пожилым и старческим возрастом для пациентов с хронической сердечной недостаточностью были характерны следующие потребности: устранение дефицита общения – 72,7 $\pm$ 3,5%, 90,3 $\pm$ 4,2%, 90,1 $\pm$ 4,3%; повышению роли семьи в процессе ухода – 22,5 $\pm$ 1,9%, 57,4 $\pm$ 2,4%, 73,5 $\pm$ 3,2%; повышение доверия к персоналу – 7,7 $\pm$ 0,8%, 22,4 $\pm$ 1,9%, 40,5 $\pm$ 2,3%; потребность в повышении доступности медикаментов – 2,2 $\pm$ 0,4%, 5,8 $\pm$ 0,8%, 13,1 $\pm$ 1,2%; повышение доступности религиозных обрядов в процессе ухода – 5,4 $\pm$ 0,8%, 22,3 $\pm$ 1,9%, 21,6 $\pm$ 1,8%,  $p < 0,05$  (таблица 11).

Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому при хронической сердечной недостаточности (M±m, %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение дефицита общения	72,7±3,5	90,3±4,2*	90,1±4,3*
Повышение роли семьи	22,5±1,9	57,4±2,4	73,5±3,2*,**
Повышение доверия к персоналу	7,7±0,8	22,4±1,9	40,5±2,3*,**
Повышение доступности медикаментов	2,2±0,4	5,8±0,8	13,1±1,2*,**
Повышение доступности религиозных обрядов	5,4±0,8	22,3±1,9*	21,6±1,8*

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

Обобщая полученные данные, следует отметить, что в отношении психологических потребностей при уходе на дому также имеются возрастные отличия.

Для людей среднего возраста в достоверно большей степени по сравнению с лицами старших возрастных групп характерны такие потребности как потребность в более точном информировании о заболевании и его течении, в купировании чувства тревоги и страха, купирование дисморфомании. Для людей среднего возраста достоверно более важно устранение конфликта в семье, причиной которого является заболевание, купирование страха смерти, устранение ложной вины перед близкими родственниками в связи со своим заболеванием. Указанные потребности обусловлены, очевидно, более динамичным течением тяжелого инвалидизирующего заболевания у людей среднего возраста, что в итоге потребовало осуществления ухода на дому.

Для людей старших возрастных групп были характерны такие потребности как устранение дефицита общения, для них было важно повышение роли семьи при осуществлении ухода, доверия к персоналу, осуществляющему уход, повышение доступности медикаментов и религиозных обрядов. В совокупности

эти потребности отражают как инволютивные изменения, так и длительный характер заболевания, приведшего к необходимости ухода на дому.

### ***3.3 Социальные потребности при уходе на дому***

#### **3.3.1 Социальные потребности при уходе на дому**

Что касается изученных социальных потребностей, то распространенность их при уходе достоверно снижалась по мере увеличения возраста: потребность в уменьшении степени социальной изоляции была характерна для 78,4±3,1% человек среднего возраста, 56,2±2,3% пожилого и 31,5±1,9% старческого возраста; потребность в повышении финансовой состоятельности – соответственно 95,8±4,0%, 50,4±2,1% и 25,7±1,8%,  $p < 0,05$  (таблица 12).

*Таблица 12*

Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому (M±m, %)

Социальная Потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение социальной изоляции	78,4±1,1	56,2±2,3	31,5±1,9*,**
Повышение финансовой состоятельности	95,8±4,0	50,4±2,1	25,7±1,8*,**

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

#### **3.3.2 Социальные потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта**

В возрастной динамике нами были выявлены следующие различия в плане социальных потребностей: устранение социальной изоляции – 78,6±1,2%, 56,5±2,4%, 32,1±1,8%; повышение финансовой состоятельности – 96,1±4,1%, 51,3±2,3%, 25,8±1,9%,  $p < 0,05$  (таблица 13).

Таблица 13

Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому при последствиях мозгового инсульта ( $M \pm m$ , %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение социальной изоляции	78,6 $\pm$ 1,2	56,5 $\pm$ 2,4	32,1 $\pm$ 1,8*,**
Повышение финансовой состоятельности	96,1 $\pm$ 4,1	51,3 $\pm$ 2,3	25,8 $\pm$ 1,9*,**

\* $p < 0,05$  при сравнении со средним возрастом, \*\*  $p < 0,05$  при сравнении с пожилым возрастом

### 3.3.3 Социальные потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме

У лиц разного возраста с хроническим болевым синдромом нами были выявлены следующие различия в плане социальных потребностей: устранение социальной изоляции – 77,3 $\pm$ 1,0%, 55,3 $\pm$ 2,2%, 30,8 $\pm$ 1,7%; повышение финансовой состоятельности – 94,5 $\pm$ 3,9%, 49,5 $\pm$ 2,0%, 24,3 $\pm$ 1,6%,  $p < 0,05$  (таблица 14).

Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому при хроническом болевом синдроме (M±m, %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение социальной изоляции	77,3±1,0	55,3±2,2	30,8±1,7*,**
Повышение финансовой состоятельности	94,5±3,9	49,5±2,0	24,3±1,6*,**

\*p<0,05 при сравнении со средним возрастом,\*\* p<0,05 при сравнении с пожилым возрастом

### 3.3.4 Социальные потребности пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности

При хронической сердечной недостаточности в возрастной динамике нами были выявлены следующие различия в плане социальных потребностей: устранение социальной изоляции – 79,2±1,3%, 57,3±2,5%, 32,4±1,8%; повышение финансовой состоятельности – 96,2±4,1%, 52,2±2,2%, 26,1±1,9%, p<0,05 (таблица 15).

Полученные результаты, на наш взгляд, обусловлены тем, что именно в среднем возрасте у пациента, который нуждается в уходе, имеет место наибольшая степень необходимости в социальном самовыражении, которая не находит удовлетворения в связи с тяжелым заболеванием. В более старших возрастных группах происходит суживание социальных контактов, которые в итоге замыкаются на семье и близком окружении, религии. Это нашло подтверждение в наших данных, полученных в отношении психологических потребностей, имеющих у людей пожилого и старческого возраста при уходе за ними на дому.

Возрастные отличия в распределении социальных потребностей при осуществлении ухода на дому при хронической сердечной недостаточности (M±m, %)

Социальная потребность	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Устранение социальной изоляции	79,2±1,3	57,3±2,5	32,4±1,8*,**
Повышение финансовой состоятельности	96,2±4,1	52,2±2,2	26,1±1,9*,**

\*p<0,05 при сравнении со средним возрастом,\*\* p<0,05 при сравнении с пожилым возрастом

### Заключение к главе 3

В данной главе диссертационного исследования нами были изучены возрастные биологические, психологические и социальные потребности у людей среднего, пожилого и старческого возраста при осуществлении ухода за ними на дому.

Были получены данные, согласно которым у людей разного возраста, нуждающихся в уходе на дому, имеются достоверные различия в биологических и психосоциальных потребностях, при этом для гериатрического контингента основными из них являются необходимость снизить болевой синдром (25,1±2,1%), снизить чувство жажды (9,6±1,1%), уменьшить выраженность дыхательных расстройств (6,8±0,8%), устранить дефицит общения (89,2±4,1%), повысить роль семьи при осуществлении ухода (65,4±2,8%), и 72,9±3,1%; повысить уровень доверия к персоналу, осуществляющему уход (29,5±2,1%).

Полученные данные имеют важное практическое значение. Так, при осуществлении ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому с точки зрения удовлетворения их потребностей и повышения качества жизни важно проведение комплекса мероприятий, направленных на уменьшение астенических явлений; адекватную курацию болевого синдрома; тщательный уход за кожными

покровами; комфортный температурный режим; адекватный режим гидратацию в соответствии с потребностями организма; нормализацию физиологических отклонений; восстановление дыхательной функции; поддержание когнитивных способностей; восстановление нарушенных двигательных способностей; достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса.

При осуществлении гериатрического ухода на дому целесообразно учитывать психосоциальные потребности людей пожилого и старческого возраста, а именно потребность в наличии среды для общения; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу; участие в процессе ухода представителей духовенства; наличие физической доступности необходимых медикаментов; купирование тревожно-депрессивного синдрома.

Полученные результаты легли в основу дальнейших разделов диссертации и использованы для научного обоснования системы активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста при оказании его в домашних условиях.



## **Глава 4. БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. МОДЕЛЬ АКТИВИРУЮЩЕГО УХОДА НА ДОМУ В ГЕРИАТРИИ**

### ***4.1 Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста***

#### **4.1.1 Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому**

Для выявления биологических детерминант обеспечения качества жизни на дому при уходе за людьми старших возрастных групп нами был проведен корреляционный анализ между максимальными показателями качества жизни и теми компонентами, которые его обеспечивали. Были получены следующие результаты.

Максимальными показателями физического компонента качества жизни, который детерминируют биологические факторы, в процессе ухода в изученной выборочной совокупности были следующие: физическое функционирование –  $24,1 \pm 2,5$  балла, ролевое функционирование –  $26,2 \pm 2,7$  баллов, интенсивность боли –  $19,4 \pm 2,1$  баллов, общее состояние здоровья –  $17,3 \pm 2,0$  балла.

В процессе исследования нами было выявлено, что положительную корреляцию с ними имели следующие биологические детерминанты качества жизни при уходе на дому:

- уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ;
- адекватная курация болевого синдрома,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ;
- адекватный уход за кожными покровами,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ;
- обеспечение комфортного температурного режима при наличии синдрома гипотермии,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ;

- обеспечение режима поступления жидкости с целью достижения адекватной гидратации,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ;
- нормализация стула посредством комплекса мер ухода,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ;
- нормализация мочеиспускания/устранение гигиенических последствий его нарушений,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ;
- максимально возможное восстановление дыхательной функции, в том числе посредством дыхательной гимнастики,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ;
- поддержание когнитивных способностей,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ;
- максимально возможное восстановление нарушенных двигательных способностей,  $r=+0,5$ , достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$  (таблица 16).

Таблица 16

Основные биологические детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Минимизация астенических явлений	+0,9	<0,05
Купирование болевого синдрома	+0,8	<0,05
Адекватный уход за кожей	+0,8	<0,05
Обеспечение комфортного температурного режима	+0,7	<0,05
Адекватная гидратация	+0,7	<0,05
Гигиена стула и мочеиспускания	+0,6	<0,05
Дыхательная, когнитивная и двигательная поддержка	+0,5	<0,05

#### **4.1.2 Биологические детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта**

При последствиях мозгового инсульта имели следующие биологические детерминанты качества жизни пациентов при уходе на дому: уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; адекватная курация болевого синдрома,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; адекватный уход за кожными покровами,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение комфортного температурного режима при наличии синдрома гипотермии,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение режима поступления жидкости с целью достижения адекватной гидратации,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; нормализация стула посредством комплекса мер ухода,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ; нормализация мочеиспускания/устранение гигиенических последствий его нарушений,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ; максимально возможное восстановление дыхательной функции, в том числе посредством дыхательной гимнастики,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ; поддержание когнитивных способностей,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ; максимально возможное восстановление нарушенных двигательных способностей,  $r=+0,5$ , достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$  (таблица 17).

#### **4.1.3 Биологические детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме**

При хроническом болевом синдроме были выявлены следующие биологические детерминанты качества жизни: уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; адекватный уход за кожными покровами,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение комфортного температурного режима при наличии синдрома гипотермии,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение режима поступления жидкости с целью достижения адекватной гидратации,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; нормализация стула посредством комплекса мер ухода,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ; нормализация мочеиспускания/устранение гигиенических последствий его нарушений,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ; максимально возможное восстановление дыхательной

функции, в том числе посредством дыхательной гимнастики,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ; поддержание когнитивных способностей,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ; максимально возможное восстановление нарушенных двигательных способностей,  $r=+0,5$ , достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$  (таблица 18).

Таблица 17

Основные биологические детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Минимизация астенических явлений	+0,8	<0,05
Купирование болевого синдрома	+0,8	<0,05
Адекватный уход за кожей	+0,8	<0,05
Обеспечение комфортного температурного режима	+0,8	<0,05
Адекватная гидратация	+0,7	<0,05
Гигиена стула и мочеиспускания	+0,6	<0,05
Дыхательная, когнитивная и двигательная поддержка	+0,5	<0,05

#### 4.1.4 Биологические детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности

При хронической сердечной недостаточности положительную корреляцию с максимальным качеством жизни имели следующие биологические детерминанты: уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; адекватная купирование болевого синдрома,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; адекватный уход за кожными покровами,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение комфортного температурного режима при наличии синдрома гипотермии,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение режима поступления жидкости с целью достижения адекватной гидратации,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; нормализация стула посредством комплекса мер

ухода,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ; нормализация мочеиспускания/устранение гигиенических последствий его нарушений,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ; максимально возможное восстановление дыхательной функции, в том числе посредством дыхательной гимнастики,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ; поддержание когнитивных способностей,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$ ; максимально возможное восстановление нарушенных двигательных способностей,  $r=+0,5$ , достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$  (таблица 19).

Таблица 18

Основные биологические детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Минимизация астенических явлений	+0,8	<0,05
Адекватный уход за кожей	+0,8	<0,05
Обеспечение комфортного температурного режима	+0,7	<0,05
Адекватная гидратация	+0,7	<0,05
Гигиена стула и мочеиспускания	+0,6	<0,05
Дыхательная, когнитивная и двигательная поддержка	+0,5	<0,05

Таблица 19

Основные биологические детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Биологические детерминанты обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Минимизация астенических явлений	+0,8	<0,05
Купирование болевого синдрома	+0,8	<0,05
Адекватный уход за кожей	+0,7	<0,05
Обеспечение комфортного температурного режима	+0,7	<0,05
Адекватная гидратация	+0,7	<0,05
Гигиена стула и мочеиспускания	+0,6	<0,05
Дыхательная, когнитивная и двигательная поддержка	+0,5	<0,05

Следовательно, при отдельных распространенных состояниях, которые требуют ухода, сохраняются выявленные нами общие закономерности детерминант качества жизни пациентов пожилого возраста.

Таким образом, наиболее важными биологическими детерминантами обеспечения максимально возможного качества жизни при уходе на дому являются, в порядке убывания ранговой значимости, следующие: купирование астенических явлений, купирование болевого синдрома, коррекция патологических процессов в коже, создание щадящего температурного режима, обеспечение адекватного возрастным нормам режима гидратации.

## **4.2 Психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста**

### **4.2.1 Психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому**

Нами было выявлено, что максимальными показателями психологического компонента качества жизни при уходе в изученной выборочной совокупности пациентов были: психологическое здоровье –  $18,4 \pm 2,5$  баллов, ролевое эмоциональное функционирование –  $26,5 \pm 2,0$  баллов, социальное функционирование –  $28,3 \pm 2,3$  баллов, жизнеспособность –  $23,1 \pm 2,3$  балла.

При применении корреляционного анализа было выявлено, что статистически достоверную положительную корреляцию с ними имели следующие психосоциальные детерминанты качества жизни при уходе на дому:

- создание среды для общения с человеком пожилого и старческого возраста, который нуждается в уходе,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ;
- активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ;
- обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ;
- участие в процессе ухода представителей духовенства,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ;
- наличие физической доступности необходимых медикаментов,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$ ;
- купирование тревожно-депрессивного синдрома,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$  (таблица 20).

Основные психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Психосоциальная детерминанта обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Наличие среды для общения при уходе	+0,9	<0,05
Активное участие семьи (микроокружения)	+0,8	<0,05
Доверие к персоналу, осуществляющему уход	+0,8	<0,05
Участие в процессе ухода духовенства	+0,7	<0,05
Физическая доступность необходимых медикаментов	+0,6	<0,05
Купирование тревожно-депрессивного синдрома	+0,5	<0,05

**4.2.2 Психосоциальные детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при последствиях мозгового инсульта**

При проведении исследования были выявлены следующие психосоциальные детерминанты качества жизни при уходе на дому при последствиях мозгового инсульта: создание среды для общения с человеком пожилого и старческого возраста, который нуждается в уходе,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; участие в процессе ухода представителей духовенства,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; наличие физической доступности необходимых медикаментов,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; купирование тревожно-депрессивного синдрома,  $r=+0,5$ ,  $p<0,05$  (таблица 21).



Основные психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Психосоциальная детерминанта обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Наличие среды для общения при уходе	+0,8	<0,05
Активное участие семьи (микроокружения)	+0,8	<0,05
Доверие к персоналу, осуществляющему уход	+0,8	<0,05
Участие в процессе ухода духовенства	+0,7	<0,05
Физическая доступность необходимых медикаментов	+0,7	<0,05
Купирование тревожно-депрессивного синдрома	+0,5	<0,05

**4.2.3 Психосоциальные детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хроническом болевом синдроме**

Нами были выявлены следующие психосоциальные детерминанты качества жизни при уходе на дому при хроническом болевом синдроме: создание среды для общения с человеком пожилого и старческого возраста, который нуждается в уходе,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; участие в процессе ухода представителей духовенства,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; наличие физической доступности необходимых медикаментов,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; купирование тревожно-депрессивного синдрома,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$  (таблица 22).

**Основные психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому**

Психосоциальная детерминанта обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Наличие среды для общения при уходе	+0,9	<0,05
Активное участие семьи (микрорукружения)	+0,9	<0,05
Доверие к персоналу, осуществляющему уход	+0,9	<0,05
Участие в процессе ухода духовенства	+0,8	<0,05
Физическая доступность необходимых медикаментов	+0,7	<0,05
Купирование тревожно-депрессивного синдрома	+0,6	<0,05

**4.2.4 Психосоциальные детерминанты качества жизни пациентов, нуждающихся в уходе на дому, при хронической сердечной недостаточности**

При хронической сердечной недостаточности нами были выявлены следующие психосоциальные детерминанты качества жизни: создание среды для общения с человеком пожилого и старческого возраста, который нуждается в уходе,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; активное участие семьи (микрорукружения) в процессе ухода,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ ; участие в процессе ухода представителей духовенства,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ ; наличие физической доступности необходимых медикаментов,  $r=+0,7$ ,  $p<0,05$ ; купирование тревожно-депрессивного синдрома,  $r=+0,6$ ,  $p<0,05$  (таблица 23).

Таблица 23

Основные психосоциальные детерминанты качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе на дому

Психосоциальная детерминанта обеспечения качества жизни при уходе	Значение статистических величин	
	Коэффициент корреляции Пирсона (r)	Достоверность (p)
Наличие среды для общения при уходе	+0,9	<0,05
Активное участие семьи (микроокружения)	+0,9	<0,05
Доверие к персоналу, осуществляющему уход	+0,9	<0,05
Участие в процессе ухода духовенства	+0,8	<0,05
Физическая доступность необходимых медикаментов	+0,7	<0,05
Купирование тревожно-депрессивного синдрома	+0,6	<0,05

Из полученных данных можно сделать вывод, что при отдельных распространенных состояниях, которые требуют ухода, сохраняются выявленные нами общие закономерности психосоциальных детерминант качества жизни пациентов пожилого возраста.

Таким образом, согласно полученным материалам, в порядке убывания ранговой значимости наибольшее значение в обеспечении качества жизни людей пожилого и старческого возраста при уходе в домашних условиях имеют следующие психосоциальные детерминанты: наличие общения, активное участие семьи в процессе ухода, наличие доверия к персоналу, который осуществляет уход.

Полученные данные были применены нами при создании модели активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста в домашних условиях.

### ***4.3 Био-психо-социальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому***

При создании модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому нами была применена методология системного подхода, в соответствии с которой любое технологическое явление в биологии и медицине рассматривается с точки зрения системы, которая имеет вход, выход и операции внутри системы.

В нашем случае под входом в систему подразумевались пациенты, которые подлежат отбору для выявления показаний о нуждаемости в уходе на дому.

Операции внутри системы являются совокупностью действий, которые осуществляются при выполнении мероприятий ухода с точки зрения выявленных нами биологических и психосоциальных детерминант обеспечения качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, подлежащих уходу на дому.

Наконец, выходом из системы является совокупность признаков, которые позволяют дать оценку эффективности проведенных мероприятий.

Принципиальная схема разработанной системы активирующего ухода на дому представлена на рисунке 3.

При разработке био-психо-социальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста нами был применен метод экспертной оценки, причем экспертизе подвергались этапы входа в систему (отбор пациентов), мероприятия внутри системы (меры активирующего ухода), а также возможные пути оценки эффективности проводимых мероприятий ухода на дому.

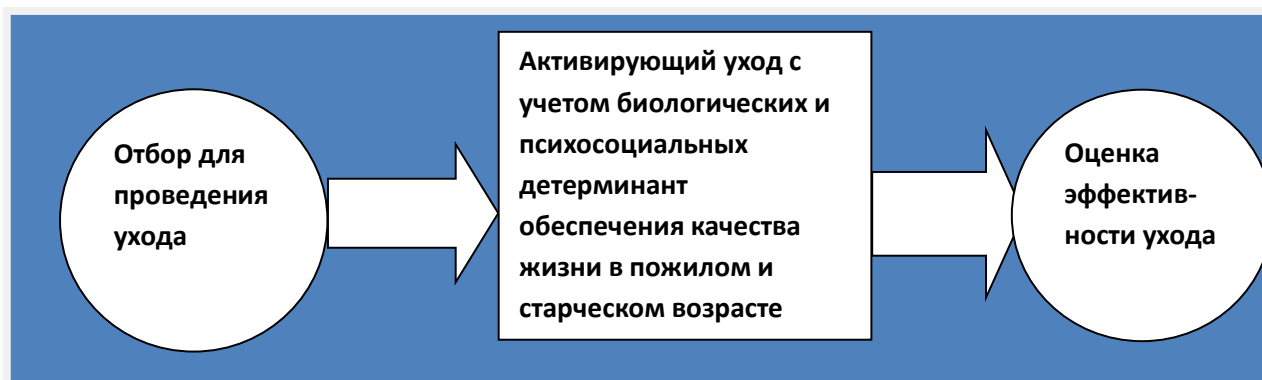


Рисунок 3. Принципиальная схема био-психосоциальной модели активизирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста

**Отбор для осуществления ухода.** По данным экспертных оценок отбор целесообразно производить по общепринятым критериям при возникновении состояния, когда автономная жизнедеятельность человека невозможна,  $\chi^2 = 8,3$ ,  $p < 0,05$ .

При этом, по данным экспертных оценок, необходимо учитывать степень нуждаемости в уходе, которая может быть пяти степеней – от незначительной до крайне тяжелой [Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В. И. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: библиогр. справ.: науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО за 2001-2013 г. - Минск: БелМАПО, 2014. - 32 с.],  $\chi^2 = 8,4$ ,  $p < 0,05$ .

Легкая степень нуждаемости в уходе характерна для пациентов, которые способны самостоятельно осуществлять гигиенический уход, принимать пищу или передвигаться на небольшие расстояния. Они нуждаются не более чем в одной услуге в неделю по ведению домашнего хозяйства, потребность в помощи не превышает 90 минут в неделю

Умеренная степень нуждаемости в уходе характеризуется тем, что пациенты способны самостоятельно осуществлять гигиенический уход, принимать пищу или передвигаться, но они нуждаются в трех услугах по ведению домашнего хозяйства в неделю, минимальная временная потребность в помощи составляет 270 минут в неделю.

Значительная степень нуждаемости в помощи характеризуется тем, что появляется потребность в оказании помощи при гигиеническом уходе, приеме пищи, передвижении однократно в течение дня; неоднократно возникает потребность в оказании помощи при ведении домашнего хозяйства. Временная потребность в помощи составляет не менее 90 минут в день.

Тяжелая степень нуждаемости в уходе характеризуется еще более тяжелым состоянием пациента, помощь при осуществлении гигиенических процедур, приеме пищи или передвижении требуется не реже трех раз в течение дня, а временная потребность в помощи составляет не менее 180 минут в день.

Крайне тяжелая степень нуждаемости в уходе имеет место в том случае, если у пациента есть потребность постоянно просить помощи у посторонних лиц, помощь при гигиеническом уходе, приеме пищи или передвижении требуется круглосуточно; потребность в постоянной посторонней помощи имеет место круглосуточно.

По данным экспертных оценок уход за людьми пожилого и старческого возраста с привлечением структур медико-социальной помощи и родственников должен иметь место при значительной, тяжелой и крайне тяжелой степени нуждаемости в уходе, в других случаях уход может быть осуществлен силами социального микроокружения пациента,  $\chi^2 = 8,3$ ,  $p < 0,05$ .

### ***Мероприятия активизирующего ухода.***

Для поддержания максимально возможного качества жизни посредством влияния на его биологические детерминанты целесообразны следующие мероприятия:

1). Динамическое наблюдение со стороны лиц, осуществляющих уход, с целью своевременного обеспечения пациента медицинской помощью при возникновении необходимости, в частности, при:

- усилении астенического синдрома как индикатора появления ухудшения или осложнений основного процесса,  $\chi^2 = 8,3$ ,  $p < 0,05$ ;

- усилении/возобновлении болевого синдрома,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;

- появлении/усилении проявлений поражения кожных покровов (зуд кожи, явления пролежней, сыпи, кожные осложнения инвазивных манипуляций),  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ ;

- незамедлительное обеспечение консультации пациента врачом при появлении новой или усилении имеющейся симптоматики,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ .

2). Применение приемов ухода с целью поддержания активности в повседневной жизни, то есть проведение активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизация пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, в том числе при:

- наличии когнитивного дефицита,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ ;

- двигательных нарушений,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ ;

- дыхательных нарушений,  $\chi^2 = 7,9$ ,  $p < 0,05$ .

3). Создание благоприятных условий внешней и внутренней биологической среды при уходе:

- адекватная гидратация,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;

- адекватный самочувствию пациента температурный режим,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ ;

- адекватная гигиена при нарушении тазовых функций,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ .

Для поддержания максимально возможного качества жизни посредством влияния на психосоциальные детерминанты целесообразны следующие мероприятия:

1). Организация психологической поддержки в процессе ухода:

- за счет подключения к уходу семьи пациента и других значимых для него людей,  $\chi^2 = 8,2$ ,  $p < 0,05$ ;

- формирования положительного образа медицинского и социального персонала, осуществляющего уход,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ ;

- привлечения к уходу представителей церкви в зависимости от вероисповедания пациента,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ .

2). Своевременное оказание психотерапевтической помощи при развитии тревожно-депрессивного синдрома,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ .

### *Оценка эффективности ухода.*

В практических целях, по данным экспертных оценок, эффективность ухода целесообразно определять по следующим критериям:

- 1). Общий вид пациента без явных нарушений ухода,  $\chi^2 = 8,1$ ,  $p < 0,05$ .
- 2). Улучшение/поддержание на возможном уровне функционального статуса,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ .
- 3). Определение в динамике при стабильном состоянии пациента Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ .
- 4). Определение качества жизни по опроснику SF-36,  $\chi^2 = 8,0$ ,  $p < 0,05$ .

### *Заключение к главе 4*

В данной главе диссертации нами было выявлено, что основными биологическими детерминантами обеспечения качества жизни при уходе за людьми старших возрастных групп на дому являются уменьшение астенических явлений посредством активизирующей кинезотерапии; адекватная курация болевого синдрома; адекватный уход за кожными покровами; обеспечение комфортного температурного режима; обеспечение адекватной гидратации организма.

Было показано, что основными психосоциальными детерминантами обеспечения качества жизни при уходе за людьми старших возрастных групп являются создание среды для общения; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу; участие в процессе ухода представителей духовенства; наличие физической доступности необходимых медикаментов; купирование тревожно-депрессивного синдрома.

Модель био-психосоциального активизирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, ориентированная на повышении качества жизни, заключается в модификации биологической внутренней и внешней среды



пациента, в основном за счет поддержания активности путем активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а не просто осуществление уход с целью удовлетворению базисных потребностей.

## **Глава 5. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МОДЕЛИ АКТИВИРУЮЩЕГО УХОДА ЗА ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ**

### ***5.1 Общая оценка эффективности***

При общей оценке эффективности разработанной модели ухода были получены следующие результаты.

При применении разработанной технологии у пациентов основной группы через три месяца, когда закончился период наблюдения, имела место положительная динамика всех изученных показателей, при этом они достоверно отличались от показателей контрольной группы.

До начала наблюдения неопрятный внешний вид имел место в контрольной группе у  $31,5 \pm 3,1\%$  пациентов, в основной группе –  $31,6 \pm 3,2\%$ ; наличие дерматита было отмечено в контрольной группе у  $17,1 \pm 2,5\%$ , в основной группе –  $18,0 \pm 2,6\%$ ; кожная сыпь встречалась у  $5,0 \pm 1,0\%$  лиц в контрольной группе и  $5,1 \pm 1,1\%$  в основной группе; пролежни были у  $1,2 \pm 0,2\%$  лиц в контрольной группе и  $1,2 \pm 0,3\%$  - в основной группе. Неадекватная гигиена кожи наблюдалась в контрольной группе у  $61,5 \pm 5,4\%$  наблюдаемых, в основной группе –  $61,7 \pm 5,3\%$ . Предписанное лечение не соблюдали в контрольной группе  $41,1 \pm 3,9\%$  пациентов, в основной группе –  $41,7 \pm 3,8\%$ , наличие изменений в области инъекций было у лиц контрольной группы в  $18,4 \pm 2,4\%$  случаев, основной группы –  $18,3 \pm 2,3\%$ . Активирующую кинезотерапию выполняли  $1,1 \pm 0,1\%$  лиц контрольной группы и  $1,1 \pm 0,2\%$  пациентов основной группы.

Неопрятный внешний вид после окончания наблюдения у пациентов контрольной группы имел место у  $32,1 \pm 3,2\%$  пациентов, в основной группе – у  $8,4 \pm 1,3\%$ ; явления дерматита были выявлены соответственно у  $17,2 \pm 2,3\%$  и  $6,1 \pm 1,1\%$  пациентов; сыпь имела место в  $5,1 \pm 1,1\%$  и  $2,0 \pm 0,9\%$  случаев; пролежни –  $1,2 \pm 0,3\%$  и  $0,5 \pm 0,1\%$ ; неадекватная гигиена кожных покровов имела место у  $62,1 \pm 5,5\%$  и  $8,3 \pm 1,2\%$ ; нарушения лечения, невыполнение врачебных назначений –  $42,3 \pm 4,1\%$  и  $8,4 \pm 1,3\%$ ; патологические процессы в области инвазивных

манипуляций, инъекций –  $18,6 \pm 2,3\%$  и  $6,3 \pm 1,1\%$ ; выполнение активирующей кинезотерапии –  $1,2 \pm 0,2\%$  и  $69,4 \pm 5,8\%$ ,  $p < 0,05$  (таблица 24).

Таким образом, внедрение разработанной нами модели способствовало достоверному улучшению гигиенического статуса пациентов пожилого и старческого возраста, которые нуждались в мероприятиях ухода в домашних условиях.

Таблица 24

Оценка эффективности разработанной модели ухода за людьми пожилого и старческого возраста ( $M \pm m$ , %)

Изученная позиция	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через три месяца	До начала наблюдения	Через три месяца
Внешняя опрятность	$31,5 \pm 3,1$	$32,1 \pm 3,2$	$31,6 \pm 3,2$	$8,4 \pm 1,3^{*,**}$
Наличие дерматита	$17,1 \pm 2,5$	$17,2 \pm 2,3$	$18,0 \pm 2,6$	$6,1 \pm 1,1^{*,**}$
Наличие кожной сыпи	$5,0 \pm 1,0$	$5,1 \pm 1,1$	$5,1 \pm 1,1$	$2,0 \pm 0,9^{*,**}$
Наличие пролежней	$1,2 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,3$	$0,5 \pm 0,1^{*,**}$
Неадекватная гигиена кожи	$61,5 \pm 5,4$	$62,1 \pm 5,5$	$61,7 \pm 5,3$	$8,3 \pm 1,2^{*,**}$
Несоблюдение предписанного лечения	$41,1 \pm 3,9$	$42,3 \pm 4,1$	$41,7 \pm 3,8$	$8,4 \pm 1,3^{*,**}$
Наличие изменений в области инъекций	$18,4 \pm 2,4$	$18,6 \pm 2,3$	$18,3 \pm 2,3$	$6,3 \pm 1,1^{*,**}$
Выполнение активирующей кинезотерапии	$1,1 \pm 0,1$	$1,2 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$69,4 \pm 5,8^{*,**}$

\* $p < 0,05$  при сравнении с контрольной группой, \*\* $p < 0,05$  в динамике ухода за пациентами основной группы

## ***5.2 Индекс Активностей Повседневной Жизни***

При определении Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела в динамике наблюдения, который во-многом характеризует качество жизни пациента, нуждающегося в уходе, были получены следующие результаты.

По истечении периода наблюдения по всем изученным позициям в основной группе пациентов имела место положительная динамика оцениваемых показателей, а также достоверная разность показателей по отношению к контрольной группе.

До начала наблюдения в контрольной и основной группах имели место следующие средние значения показателей шкалы Бартела: контролирование дефекации – соответственно  $4,2 \pm 0,9$  и  $4,2 \pm 0,8$  баллов; контролирование мочеиспускания –  $4,2 \pm 0,9$  и  $4,1 \pm 0,8$  баллов; персональная гигиена (в том числе чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица) –  $4,2 \pm 0,9$  и  $4,1 \pm 0,8$  баллов; посещение туалета (перемещения в туалете, раздевание, очищение кожных покровов, одевание, выход из туалета) –  $4,3 \pm 0,9$  и  $4,2 \pm 0,8$  баллов; прием пищи –  $4,5 \pm 1,0$  и  $4,6 \pm 1,1$  балла; перемещение (с кровати на стул и обратно) –  $3,9 \pm 0,8$  и  $3,9 \pm 0,9$  балла; мобильность (перемещения в пределах дома, в том числе при использовании вспомогательных средств) –  $4,1 \pm 0,8$  и  $4,1 \pm 0,8$  балла; одевание –  $4,5 \pm 0,9$  и  $4,6 \pm 0,9$  балла; подъем по лестнице –  $3,3 \pm 0,5$  и  $3,4 \pm 0,7$  баллов; прием ванны –  $4,3 \pm 0,6$  и  $4,5 \pm 0,6$  баллов,  $p > 0,05$ . До начала наблюдения достоверных отличий в значениях индекса Бартела также не было.

В контрольной и основной группах через три месяца наблюдения имели место следующие значения оцененных показателей: контролирование дефекации – соответственно  $4,1 \pm 0,8$  и  $6,1 \pm 0,9$  баллов; контролирование мочеиспускания –  $4,2 \pm 0,9$  и  $6,2 \pm 0,8$  баллов; персональная гигиена (чистка зубов, манипуляции с зубными протезами, причесывание, бритье, умывание лица) –  $4,1 \pm 0,8$  и  $6,2 \pm 0,9$  баллов; посещение туалета (перемещения в туалете, раздевание, очищение

кожных покровов, одевание, выход из туалета) –  $4,2 \pm 0,9$  и  $6,3 \pm 0,9$  баллов; прием пищи –  $4,3 \pm 1,1$  и  $7,3 \pm 1,2$  балла; перемещение (с кровати на стул и обратно) –  $3,8 \pm 0,9$  и  $5,8 \pm 1,1$  балла; мобильность (перемещения в пределах дома, в том числе при использовании вспомогательных средств) –  $4,0 \pm 0,9$  и  $6,1 \pm 0,9$  балла; одевание –  $4,6 \pm 0,8$  и  $6,4 \pm 1,0$  балла; подъем по лестнице –  $3,3 \pm 0,6$  и  $4,5 \pm 0,4$  балла; прием ванны –  $4,4 \pm 0,7$  и  $6,5 \pm 0,9$  балла,  $p < 0,05$ . Надо отметить, что применение разработанной модели ухода способствует переходу пациента из состояния выраженной зависимости к состоянию умеренной зависимости -  $39,6 \pm 2,6$  и  $71,2 \pm 2,9$  балла,  $p < 0,05$ , чего не наблюдалось в контрольной группе пациентов (таблица 25).

Надо отметить, что положительная динамика состояния пациентов, определяемая по шкале Бартела, имела достоверную положительную корреляцию с улучшением состояния пациентов согласно «Номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности», которая была принята Всемирной организацией здравоохранения для систематизации сведений по поводу того, как имеющееся у пациента заболевание влияет на его функционирование.

В частности, в основной группе пациентов отмечалась положительная динамика функции передвижения, которая была улучшена на  $17,5 \pm 2,3\%$  (в контрольной группе – на  $2,2 \pm 0,3\%$ ), при этом после окончания периода наблюдения у пациентов имело место значительное ограничение передвижения, мобильность была ограничена пределами жилья, ходьба по комнате была возможна при помощи специально созданных приспособлений, ходунков, самостоятельно пределы жилья пациент не мог покинуть,  $r = +0,8$ ,  $p < 0,05$ .

Таблица 25

Оценка эффективности разработанной модели ухода за людьми пожилого и старческого возраста по Индексу Бартела (в баллах)

Изученная позиция	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через три месяца	До начала наблюдения	Через три месяца
Контролирование дефекации	4,2±0,9	4,1±0,8	4,2±0,8	6,1±0,9*,**
Контролирование мочеиспускания	4,1±0,8	4,2±0,9	4,0±0,7	6,2±0,8*,**
Персональная гигиена	4,2±0,9	4,1±0,8	4,1±0,8	6,2±0,9*,**
Посещение туалета	4,3±0,9	4,2±0,9	4,2±0,8	6,3±0,9*,**
Прием пищи	4,5±1,0	4,3±1,1	4,6±1,1	7,3±1,2*,**
Перемещение	3,9±0,8	3,8±0,9	3,9±0,9	5,8±1,1*,**
Мобильность	4,1±0,8	4,0±0,9	4,1±0,8	6,1±0,9*,**
Одевание	4,5±0,9	4,6±0,8	4,6±0,9	6,4±1,0*,**
Подъем по лестнице	3,3±0,5	3,3±0,6	3,4±0,7	4,5±0,4*,**
Прием ванны	4,3±0,6	4,4±0,7	4,5±0,6	6,5±0,9*,**
Значение Индекса Бартела	39,5±2,5	49,7±2,7	39,6±2,6	71,2±2,9*,**

\*p<0,05 при сравнении с контрольной группой, \*\*p<0,05 в динамике ухода за пациентами основной группы

В основной группе было отмечено повышение степени самообслуживания на  $14,6 \pm 2,1\%$  (в контрольной группе – на  $1,1 \pm 0,2\%$ ), при этом сохранялись довольно выраженные ограничения самообслуживания, которые заключались в необходимости систематической посторонней помощи через длительные интервалы времени (но не реже одного раза в сутки) в удовлетворении таких потребностей пациента как помощь в приготовлении пищи, мытье в ванной, использование отдельных домашних устройств и прочее,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ .

Активирующий уход привел также к улучшению способности к общению в основной группе пациентов (улучшение на  $12,9 \pm 1,4\%$ , в контрольной группе на  $2,7 \pm 0,9\%$ ), у пациентов отмечалось восстановление степени контактов с друзьями, соседями при неизменной степени контактирования с родственниками, имело место улучшение степени невербального общения, общее обогащения общения за счет вербальных и невербальных механизмов,  $r=+0,8$ ,  $p<0,05$ .

Без динамики осталась способность к ориентации, пациенты обеих групп имели резко выраженные нарушения ориентации, у них сохранялась прежняя степень дезориентации.

Надо отметить, что несмотря на положительную динамику отдельных показателей жизнедеятельности у пациентов как основной, так и контрольной групп в динамике наблюдения не было выявлено изменения степени нуждаемости в уходе, которая трактовалась нами как тяжелая. В частности, пациенты обеих групп нуждались в гигиеническом уходе, приеме пищи или передвижении минимум трижды в течение дня в разное время. Пациенты нуждались неоднократно в помощи в ведении домашнего хозяйства, потребность в помощи составляла не меньше 180 минут в день [Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В. И. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: библиогр. справ.: науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО за 2001-2013 г. - Минск: БелМАПО, 2014. - 32 с.].

Таким образом, нами показано, что при достоверной положительной динамике Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела в динамике ухода

на фоне улучшения степени автономии не отмечалось улучшения собственно клинического состояния и снижения степени нуждаемости в уходе.

### ***5.3 Оценка качества жизни***

При оценке эффективности разработанной модели ухода по динамике качества жизни были получены следующие данные.

В основной группе под влиянием предложенной модели ухода имело место достоверное улучшение параметров качества жизни, которые достоверно отличались от таковых в контрольной группе. В частности, соответственно в контрольной и основной группе после окончания наблюдения имели место следующие значения показателей (в баллах): общее здоровье –  $18,3 \pm 2,2$  и  $25,1 \pm 2,1$ ; ролевое функционирование –  $21,6 \pm 2,1$  и  $25,4 \pm 2,1$ ; боль –  $11,5 \pm 1,4$  и  $8,1 \pm 0,9$ ; физическое функционирование –  $23,3 \pm 2,1$  и  $27,3 \pm 2,0$ ; жизнеспособность –  $22,2 \pm 2,0$  и  $26,1 \pm 2,1$ ; психологическое здоровье –  $21,7 \pm 2,1$  и  $25,4 \pm 1,9$ ; ролевое эмоциональное функционирование –  $25,8 \pm 1,9$  и  $31,5 \pm 1,6$ ; социальное функционирование –  $27,4 \pm 1,8$  и  $32,1 \pm 1,6$ ,  $p < 0,05$  (таблица 26).

С улучшением качества жизни также коррелировала положительная динамика медико-социальных показателей течения патологии, которая потребовала мероприятий ухода на дому.

В частности, обращаемость за скорой медицинской помощью в контрольной группе до и после наблюдения составляла соответственно  $4,7 \pm 0,3$  и  $4,7 \pm 0,2$  обращения, в основной группе –  $4,8 \pm 0,4$  и  $2,5 \pm 0,3$  обращения,  $p < 0,05$ .



Оценка эффективности разработанной модели ухода за людьми пожилого и старческого возраста по качеству жизни (в баллах)

Позиция оценки качества жизни	Контрольная группа		Основная группа	
	До начала наблюдения	Через три месяца	До начала наблюдения	Через три месяца
Общее здоровье	18,4±2,1	18,3±2,2	18,5±2,0	25,1±2,1*,**
Рольное функционирование	21,5±2,2	21,6±2,1	21,4±2,0	25,4±2,1*,**
Боль	11,4±1,3	11,5±1,4	11,3±1,4	8,1±0,9*,**
Физическое функционирование	23,1±2,2	23,2±2,1	23,1±2,1	27,3±2,0*,**
Жизнеспособность	21,3±2,1	22,2±2,0	21,4±2,2	26,1±2,1*,**
Психологическое здоровье	21,9±2,0	21,7±2,1	21,8±2,0	25,4±1,9*,**
Рольное эмоциональное функционирование	25,7±1,7	25,8±1,9	25,6±1,8	31,5±1,6*,**
Социальное функционирование	27,3±1,9	27,4±1,8	27,2±1,7	32,1±1,6*,**

\* $p < 0,05$  при сравнении с контрольной группой, \*\* $p < 0,05$  в динамике ухода пациентов основной группы

Посещаемость поликлиники (включая вызовы участкового врача на дом) была в контрольной группе до и после наблюдения соответственно 8,2±1,8 и 8,1±1,7 посещений, в основной группе – 8,3±1,7 посещений и 5,2±1,5 посещений,  $p < 0,05$ .

Количество госпитализаций в период наблюдения составляло в контрольной группе до и после наблюдения соответственно  $2,3 \pm 0,6$  и  $2,4 \pm 0,5$ , в основной группе –  $2,4 \pm 0,5$  посещений и  $1,2 \pm 0,3$ ,  $p < 0,05$  (таблица 27).

Таким образом, внедрение прогрессивных технологий ухода способствовало снижению обращаемости за скорой медицинской помощью, уменьшалось количество посещений поликлиники (вызовов на дом участкового терапевта), снижалась кратность госпитализаций, что, несомненно, обладает высокой медико-социальной значимостью.

Таблица 27

Динамика медико-социальных показателей течения патологии, требующей ухода, у людей старших возрастных групп

Группа наблюдения	Медико-социальный показатель					
	Обращаемость на скорую помощь		Посещаемость поликлиники		Количество госпитализаций	
	До наблюдения	После наблюдения	До наблюдения	После наблюдения	До наблюдения	После наблюдения
Контрольная группа	$4,7 \pm 0,3$	$4,7 \pm 0,2$	$8,2 \pm 1,8$	$8,1 \pm 1,7$	$2,3 \pm 0,6$	$2,4 \pm 0,5$
Основная группа	$4,8 \pm 0,4$	$2,5 \pm 0,3^*$ , #	$8,3 \pm 1,7$	$5,2 \pm 1,5^*$ ,#	$2,4 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,3^*$ , #

\* достоверная динамика показателей внутри группы,  $p < 0,05$ , # достоверная разность показателей между группами,  $p < 0,05$

### *Заключение к главе 5*

Результаты диссертационного исследования, описанные в данной главе, свидетельствуют о высокой эффективности разработанной модели ухода за пожилыми людьми на дому, которая основана на учете биологических детерминант качества жизни.

Это подтверждается тем, что внедрение модели био-психосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому обладает высокой эффективностью за счет улучшения степени опрятности пациентов на 23,6%, повышения значения Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела на 21,5% и улучшения качества жизни на 24,7%. Под влиянием разработанной модели отмечалось также снижение количества госпитализаций, вызовов скорой помощи и количества посещений поликлиники/визитов врача на дом к пациенту, которому оказываются мероприятия ухода.

Практическим выходом выявленных закономерностей являются положения, согласно которым для оценки эффективности ухода на дому за людьми старших возрастных групп целесообразно применять следующие позиции: опрятность внешнего вида; наличие явлений дерматита, сыпи, пролежней; эпизоды нарушения лечения, невыполнения врачебных назначений; наличие патологических процессов в области инвазивных манипуляций, инъекций; выполнение пациентом активирующей кинезотерапии. Для оценки эффективности ухода целесообразно также определять динамику значения Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела и качества жизни.

## ВЫВОДЫ

1. У людей разного возраста, нуждающихся в уходе на дому, имеются достоверные различия в биологических и психосоциальных потребностях, при этом для гериатрического контингента основными из них являются необходимость снизить болевой синдром ( $25,1 \pm 2,1\%$ ), снизить чувство жажды ( $9,6 \pm 1,1\%$ ), уменьшить выраженность дыхательных расстройств ( $6,8 \pm 0,8\%$ ), устранить дефицит общения ( $89,2 \pm 4,1\%$ ), повысить роль семьи при осуществлении ухода ( $65,4 \pm 2,8\%$ ), и  $72,9 \pm 3,1\%$ ; повысить уровень доверия к персоналу, осуществляющему уход ( $29,5 \pm 2,1\%$ ), в то время как для людей среднего возраста наиболее важными были улучшение питания –  $24,5 \pm 2,3\%$  и повышение степени самостоятельности при выполнении бытовых манипуляций на фоне поражения суставов, болевого синдрома и других биологических причин –  $98,4 \pm 8,7\%$ .

2. Основными биологическими детерминантами обеспечения качества жизни при уходе за людьми старших возрастных групп на дому являются уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии; адекватная курация болевого синдрома; адекватный уход за кожными покровами; обеспечение комфортного температурного режима; обеспечение адекватной гидратации организма.

3. Основными психосоциальными детерминантами обеспечения качества жизни при уходе за людьми старших возрастных групп являются создание среды для общения; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода; обеспечение доверия к обслуживающему медицинскому и социальному персоналу; участие в процессе ухода представителей духовенства; наличие физической доступности необходимых медикаментов; купирование тревожно-депрессивного синдрома.

4. Модель био-психо-социального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, ориентированная на повышение

качества жизни, заключается в модификации биологической внутренней и внешней среды пациента, в основном за счет поддержания активности путем активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, минимизации пассивного ухода для достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования, а не просто осуществление ухода с целью удовлетворению базисных потребностей.

5. Внедрение модели био-психосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому обладает высокой эффективностью за счет улучшения степени опрятности пациентов на 23,6%, повышения значения Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела на 21,5% и улучшения качества жизни на 24,7% по сравнению с традиционным подходом к осуществлению ухода.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При осуществлении ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому для повышения качества их жизни целесообразно проведение комплекса мероприятий, направленных на: уменьшение астенических явлений посредством активирующей кинезотерапии; адекватную курацию болевого синдрома; тщательный уход за кожными покровами; комфортный температурный режим; гидратацию в соответствии с потребностями организма; нормализацию физиологических отправления; восстановление дыхательной функции; поддержание когнитивных способностей; восстановление нарушенных двигательных способностей; достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса.

2. При осуществлении гериатрического ухода на дому целесообразно учитывать психосоциальные потребности людей пожилого и старческого возраста, а именно потребность в наличии среды для общения; активное участие семьи (микроокружения) в процессе ухода; обеспечение доверия к обслуживающему

медицинскому и социальному персоналу; участие в процессе ухода представителей духовенства; наличие физической доступности необходимых медикаментов; купирование тревожно-депрессивного синдрома.

3. Для оценки эффективности ухода на дому за людьми старших возрастных групп целесообразно применять следующие позиции: опрятность внешнего вида; наличие явлений дерматита, сыпи, пролежней; эпизоды нарушения лечения, невыполнения врачебных назначений; наличие патологических процессов в области инвазивных манипуляций, инъекций; выполнение пациентом активирующей кинезотерапии. Для оценки эффективности ухода целесообразно также определять динамику значения Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела и качества жизни.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Анисимов В. Н. Старение и ассоциированные с возрастом болезни // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 42–49.
2. Апарин И. С. О проблемах медико-социальной помощи пожилым // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 1. – С. 81–83.
3. Безнос С. А. Качество жизни геронтопсихиатрических больных, находящихся на стационарном лечении // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 4. – С. 13–17.
4. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. – М.: Антидор, 2002.- 440 с.
5. Белозерова Л. М. Методологические особенности исследования возрастных изменений // Клиническая геронтология. – 2004. – № 1. – С. 12–16.
6. Белоконь, О. В., Костенко Т. Н., Мунтяну Л. В. Медицинское и социальное обслуживание в России // Главврач. – 2006. – № 9. – С. 56–69.
7. Бойко Ю. П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 45–49.
8. Вальчук Э.А., Матвейчик Т.В., Иванова В. И. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее: библиогр. справ.: науч.-метод. изд. сотрудников БелМАПО за 2001-2013 г. - Минск: БелМАПО, 2014. - 32 с.
9. Варустина Н. П. Особенности сестринского ухода за пожилыми и старыми людьми с деменцией // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 18–21.
10. Васильчиков В. М. Реформа системы социальной защиты населения и качество жизни пожилых людей // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 3–7.
11. Волкова Т. Н. Социальные и психологические проблемы старости // Вопросы психологии. – 2005. – № 2. – С.118–126.
12. Воробьев П. А., Власова А. В. Депрессия в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 22–28.

13. Габоян Я. С., Логвинова О. В. Организация деятельности сестринского персонала в отделении сестринского ухода // Медицинская сестра. – 2006. – № 6. – С. 7–9.
14. Гаврилова, Н. Е. Влияние старения населения России на течение заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – № 1. – С. 23–27.
15. Гаврилова С. И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 5–11.
16. Гехт И. А. Одинокая старость: медико-социальные аспекты // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 31–34.
17. Голенков А. В. и др. Особенности сестринского ухода за психически больными в возрасте обратного развития // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 37–41.
18. Голованова, Е. Д., Осипова Т. В., Салаш О. Б. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний и темп старения в зрелом возрасте // Клиническая геронтология. – 2005. – № 11. – С. 26–30.
19. Горохова З. П. Лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь лицам пожилого и старческого возраста в условиях гериатрического центра // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 35–37.
20. Дементьева Н. Ф. Анализ состояния и тенденция развития медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2006. – № 2. – С. 6–10.
21. Дементьева Н. Ф., Котова З. Ф. Психологические аспекты социальной работы с пожилыми людьми // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. – № 1. – С. 20–22.
22. Джогерст Г. Дж. Депрессия у пожилых людей // Российский семейный врач. – 2006. – № 1. – С. 10–20.



23. Жукова Т. Н. и др. Санкт-Петербургский госпиталь для ветеранов войн как ведущий гериатрический стационар на Северо-Западе // Клиническая геронтология. – 2006. – № 8. – С. 62–64.
24. Журавкова Л. А. Опыт работы медико-социального отделения Городского гериатрического центра // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 32–35.
25. Журилов Н. В. Медико-правовое обеспечение гериатрической помощи населению // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 50–53.
26. Захаров В. В. Всероссийская программа изучения эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврологический журнал. – 2006. – № 2. – С. 27–32.
27. Иллариошкин С. Н. Возрастные расстройства памяти и внимания: механизмы развития и возможности нейротрансмиттерной терапии // Неврологический журнал. – 2007. – № 2. – С. 34–40.
28. Какорина Е. П., Роговина А. Г., Чемякина С. Н. Проблемы медицинского обеспечения пожилых в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 2. – С. 32–37.
29. Калякина, Т. В., Баскакова Н. А., Бикина А. К. Хоспис на дому // Работник социальной службы. – 2005. – № 4. – С. 22–24.
30. Карюхин Э. В. Модели геронтологической помощи на дому // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 53–59.
31. Карюхин Э. В. О путях развития служб геронтологической помощи на дому // Клиническая геронтология. – 2006. – № 4. – С. 27–30.
32. Концевой В. А., Медведев А. В. К проблеме классификации функциональных психических расстройств в позднем возрасте // Психиатрия. – 2005. – № 4. – С. 7–11.

- 33.Копировский К. М. Опыт негосударственного благотворительного центра в реабилитации одиноких пожилых пациентов с переломом шейки бедра // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. –С. 35–38.
- 34.Копырина И. Д., Арьев А. Л., Малаховская М. В. Модель медико-социального ухода за пожилыми людьми, действующая в Финляндии: возможность адаптации в социально-экономических условиях России // Клиническая геронтология. – 2007. – № 3 – С. 50–62.
- 35.Коуэн М., Некрич Г. Действующий проект амбулаторной геронтологической помощи во Франции // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 94–100.
- 36.Кременцова А. В., Переверзев М. О. Возможности и перспективы увеличения продолжительности жизни // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 72–74.
- 37.Криушин С. И. Инновации в работе медсестер госпиталя для ветеранов // Сестринское дело. – 2006. – № 5. – С. 36–39.
- 38.Кунафина Е. Р. Динамика субъективной оценки своей жизни больными пожилого и старческого возраста, находящимися на принудительном лечении // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 2. – С. 21–24.
- 39.Кунафина Е. Р. Динамика субъективных показателей социального функционирования и качества жизни в процессе принудительного лечения больных шизофренией старших возрастных групп // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 1. – С. 47–49.
- 40.Кунафина Е. Р. Прогнозирование общественно опасных действий психически больных пожилого и старческого возраста // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 2. – С. 29–33.
- 41.Кутузова, С. С. «Работа в беде»: хоспис на дому в подмосковной Дубне// Социальная защита. – 2006. – № 1. – С. 22–25.

- 42.Лазебник Л. Б., Конев Ю. В. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 88–91.
- 43.Лазебник Л. Б. Старение и полиморбидность // Consilium medicum. – 2005. – № 12. – С. 993–996.
- 44.Лисица, Д. И. Мобильная гериатрическая служба в общей врачебной практике // Врач. – 2006. – № 1. – С. 32–34.
- 45.Максимова Н. Е. Катамнестическое исследование диспансерной когорты больных в возрасте старше 60 лет // Казанский медицинский журнал. – 2006. – № 6. – С. 469–472.
- 46.Максимова Н. Е. Популяционная частота психических расстройств позднего возраста // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 1. – С. 40–43.
- 47.Малыхин В. П. Модернизация технологий социальной работы по проблемам профилактики преждевременного старения // Отечественный журнал социальной работы. – 2006. – № 3. – С. 52–57.
- 48.Матвейчук Т.В. с соавт. Врач, 2011, 11.
- 49.Мочкин И. А. Организация медицинской помощи лицам пожилого возраста // Главврач. – 2006. – № 12. – С. 46–48.
- 50.Назаренко Г.И. и др. Новые компьютерные технологии в оценке биологического возраста // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 39–40.
- 51.Никитина Л. А. Сестринский уход в паллиативной медицине // Российский семейный врач. – 2006. – № 4: Ч. 1. Психология общения и общий уход. – С. 50–57.
- 52.Никитина Л. А. Сестринский уход в паллиативной медицине // Российский семейный врач. – 2007. – № 1: Ч. 2. Контроль симптомов. – С. 43–49.
- 53.Никольская Т. А., Гаврилова Т. Оздоровительные занятия с лицами пожилого возраста // Социальное обеспечение. – 2006. – № 1. – С. 39–40

54. Оловников, А. М. Редумера как недостающее звено в понимании старения человека // Клиническая геронтология. – 2005. – № 1. – С. 50–69.
55. Петров В. К. Атлетическая гимнастика для пожилых // ЛФК и массаж. – 2006. – № 11. – С. 34–38; № 12. – С. 15–21.
56. Петров В. Н. Артериальная гипертензия у пожилых: сестринский уход // Российский семейный врач. – 2005. – № 4. – С. 53–57.
57. Подопригора Г. М. Роль медицинской сестры в оказании гериатрической помощи // Сестринское дело. – 2007. – № 2. – С. 22–23.
58. Подопригора, Г. М. Особенности сестринского ухода в гериатрии / Г. М. Подопригора // Сестринское дело. – 2007. – № 1. – С. 10–15.
59. Положение о системе аккредитации организаций, осуществляющих гериатрическую и геронтологическую медицинскую и социальную помощь в Российской Федерации // Клиническая геронтология. – 2005. – № 12. – С. 90–94.
60. Процаев К.И., Ильницкий А.Н. Старческая астения как современная концепция геронтологии и гериатрии // Геронтология. – 2013. – № 2. – С. 3–8.
61. Пушкова Э. С., Подопригора Г. М., Бондаренко Т. В. Взаимодействие медицинской и социальной служб Гериатрического центра С.-Петербурга // Главврач. – 2005. – № 4. – С. 66–68.
62. Пушкова Э. С., Подопригора Г. М., Шарин С. В. Модель работы медицинской сестры в гериатрии // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 39–40.
63. Пушкова, Э. С., Маругина И. В. Оказание медико-социальной помощи лицам пожилого возраста // Главврач. – 2005. – № 5. – С. 33–40.
64. Равич-Щербо И. В., Обухова О. Б. Психогенетические исследования старения // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2005. – № 4. – С. 16–24.

65. Ратова, Л. Г. Пожилой человек: жизнь со знаком качества / Л. Г. Ратова, И. Е. Чазова, Ю. Н. Беленков // *Болезни сердца и сосудов*. – 2006. – № 1. – С. 10–15.
66. Рубцов А. В. Влияние постарения населения на развитие медико-социальных услуг // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. – 2005. – № 1. – С. 12–16.
67. Русакова И. Ю. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста // *Сестринское дело*. – 2005. – № 7. – С. 22–23.
68. Сидорова О. Ю., Сидоров В. В., Сидоров Ю. Л. Как мы стареем // *ЛФК и массаж*. – 2005. – № 9. – С. 10–16.
69. Смирнова Е. И. Вологодская область: динамика и тенденции социального обслуживания пожилых людей // *Социальное обеспечение*. – 2006. – № 6. – С. 11–15.
70. Смолькин, А. А. Историческая трансформация социального статуса старости / А. А. Смолькин // *Клиническая геронтология*. – 2007. – № 3. – С. 29–33.
71. Столпникова В. Н. и др. Количественные изменения показателей иммунитета у долгожителей // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. – 2006. – № 6. – С. 50–53.
72. Харченко В. И. и др. Старение населения России – одна из причин роста смертности от основных болезней системы кровообращения // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2006. – № 3. – С. 8–16.
73. Сумароков Д. И. Старение: накопление ошибок или биологическая программа? // *60 лет не возраст*. – 2005. – № 11. – С. 7–11.
74. Суслин С. А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста на селе // *Заместитель главного врача*. – 2006. – № 3. – С. 37–43.

75. Тиунова О. В. Методические особенности физкультурно-оздоровительной работы с людьми пожилого возраста // ЛФК и массаж. – 2007. – № 4. – С. 20–32.
76. Хавинсон В. Х., Малинин В. В. Пептидная регуляция генетической стабильности при старении // Медицинский академический журнал. – 2006. – № 1. – С. 139–143.
77. Хоспис: опыт работы в Англии // Социальное обеспечение. – 2006. – № 3. – С. 41.
78. Хохлова Л. Н. Системная социально-педагогическая подготовка сестер милосердия Красного Креста по уходу за пожилыми людьми // Клиническая геронтология. – 2005. – № 7. – С. 27–31.
79. Цветкова И. С. О некоторых вопросах досрочного пенсионного обеспечения в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения // Здравоохранение. – 2005. – № 1. – С. 139–138.
80. Цыба Н. Н., Кожурин С. В., Шитарева И. В. Организация специализированной гематологической помощи пожилым больным в условиях дневного стационара // Гематология и трансфузиология. – 2006. – № 6. – С. 38–43.
81. Шабалин В.Н. Современные задачи геронтологии и гериатрии // Пожилой человек и общество: Мат.конф. – М., 2012. – С. 88-92.
82. Шмелева, С. В. Характер двигательной активности женщин пожилого возраста // ЛФК и массаж. – 2007. – № 8. – С. 27–30.
83. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention: Guideline for the prevention of falls in older persons // J Am Geriatr Soc. 2001. Vol. 49. P. 664–672.
84. American Medical Directors Association, American Health Care Association: Falls and Fall Risk: Clinical Practice Guideline. 1998.

85. Arden NK, Nevitt MC, Lane NE, Gore R, Hochberg MC, Scott JC, Pressman AR, Cummings SR. Osteoarthritis and risk of falls, rates of bone loss, and osteoporotic fractures // *Arthritis Rheum.* 1999. Vol. 42. P. 1378–1385.
86. Armstrong AL, Osborne J, Coupland CAC, Macpherson MB, Bassey EJ, Wallace WA: Effect of hormone replacement therapy on muscle performance and balance in post-menopausal women// *Clin Sci.* 1996. Vol. 91. P.685–690.
87. Aronow WS, Ahn C: Association of postprandial hypotension with incidence of falls, syncope, coronary events, stroke and total mortality at 29-month follow-up in 499 older nursing home residents // *J Am Geriatr Soc.* 1997 Vol. 45. P. 1051–1053.
88. Baloh RW, Corona S, Jacobson KM, Enrietto JA, Bell T: A prospective study of posturography in normal older people // *J Am Geriatr Soc.* 1998. Vol. 46. P. 438–443.
89. Baraff LJ, Della Penna R, Williams N, Sanders A: Practice guideline for the ED management of falls in community-dwelling elderly persons // *Ann Emerg Med.* 1997. Vol. 30. P.480–489.
90. Barraf LJ, Lee TJ, Kader S, Della Penna R: Effect of a practice guideline for emergency department care of falls in elder patients on subsequent falls and hospitalizations for injuries // *Acad Emerg Med.* 1999. Vol. 6. P.1224–1231.
91. Berg WP, Alessio HM, Mills EM, Tong C: Correlates of recurrent falling in independent community-dwelling older adults // *J Mot Behav.* 1997. Vol. 29. P. 5–16.
92. Brauer SG, Burns YR, Galley P: A prospective study of laboratory and clinical measures of postural stability to predict community-dwelling fallers // *J Gerontol.* 2000. Vol. 55A. P.469-476.
93. Brown Comodore DI: Falls in the elderly population: a look at incidence, risks, health care costs, and preventive strategies // *Rehabilitation Nursing.* 1995. Vol. 20(2). P. 84–89.

94. Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, Grady D: Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures? Study of Osteoporotic Fractures Research Group // *J Am Geriatr Soc.* 2000. Vol. 48. P. 721–725.
95. Buchner D, Cress ME, Wagner W, deLateur B, Price R, Abrass I: The Seattle FICSIT/MoveIt Study: The effect of exercise on gait and balance in older adults // *J Am Geriatr Soc.* 1993. Vol. 41. P.321–325.
96. Buchner DM, Cress ME, deLateur BJ, Esselman PC, Margherita AJ, Price R, Wagner EH: The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults // *J Gerontol.* 1997. Vol. 52A. P. 218– 224.
97. Buchner DM, Larson EB: Falls and fractures in patients with Alzheimer-type dementia // *JAMA.* 1987. Vol. 257. P. 1492–1495.
98. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF: Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older // *J Gerontol.* 1989. Vol. 44. P. 112–117.
99. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM: Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older // *Age Ageing.* 1999. Vol. 28. P.513–518.
100. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Tilyard MW, Buchner DM: Randomised controlled trial of a general practice programme of home based exercise to prevent falls in elderly women // *BMJ.* 1997. Vol. 315. P. 1065–1069.
101. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM: Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: A randomized controlled trial // *J Am Geriatr Soc.* 1999. Vol. 47. P. 850–853.
102. Capezuti E, Evans L, Strumpf N, Maislin G: Physical restraint use and falls in nursing home residents // *J Am Geriatr Soc.* 1996. Vol. 44. P. 627–633.



103. Carpenter GI, Demopoulos GR: Screening the elderly in the community: Controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers // *Br Med J*. 1990. Vol. 300. P. 1253–1256.
104. Carter S, Campbell E, Sanson-Fisher R, Tiller K, Gillespie WJ: A trial of two strategies aimed at reducing falls and other unintentional events through home modification and medication review (unpublished data).
105. Clark RD, Lord SR, Webster IW: Clinical parameters associated with falls in an elderly population // *Gerontology*. 1993. Vol. 39. P. 117–123.
106. Close J, Ellis M, Hooper R, Glucksman E, Jackson S, Swift C: Prevention of falls in the elderly trial (PROFET): A randomized controlled trial // *Lancet*. 1999. Vol. 353. P. 93–97.
107. Coleman EA, Grothaus LC, Sandhu N, Wagner EH: Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults // *J Am Geriatr Soc*. 1999. Vol. 47. P. 775–783.
108. Conley D, Schultz AA, Selvin R: The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale // *Medsurg Nurs*. 1999. Vol. 8. P. 348–354.
109. Cook DJ, Guyatt GH: Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents // *Chest*. 1995. Vol. 108(4). P. 227–223.
110. Cumming R, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, Frampton G: Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: A randomized trial of falls prevention // *J Am Geriatr Soc*. 1999. Vol. 47. P. 1397–1402.
111. Davis JW, Ross PD, Nevitt MC, Wasnich RD: Risk factors for falls and for serious injuries on falling among older Japanese women in Hawaii // *J Am Geriatr Soc*. 1999. Vol. 47. P. 792–798.
112. Ebrahim S, Thompson PW, Baskaran V, Evans K: Randomized placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis // *Age Ageing* 1997. Vol. 26. P. 253–260.

113. El-Faizy M, Reinsch S: Home safety intervention for the prevention of falls // *Phys Occup Ther Geriatr.* 1994. Vol. 12. P. 33–49.
114. Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ: An in-home preventive assessment programme for independent older adults // *J Am Geriatr Soc.* 1994. Vol. 42. P. 630–638.
115. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y: Guideline for the prevention of falls in people over 65 // *BMJ.* 2000. Vol. 321. P. 1007–1011.
116. Fiatarone M, O'Neill E, Ryan ND et al: Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people // *N Engl J Med.* 1994. Vol. 330. P. 1769–1775.
117. Forrester DA, McCabe-Bender J, Tiedeken K: Fall risk assessment of hospitalized adults and follow-up study // *J Nurses Staff Dev.* 1999. Vol. 15. P. 251–259.
118. Gallagher EM, Brunt H: Head over heels: impact of a health promotion program to reduce falls in the elderly // *Can J Aging.* 1996. Vol. 15. P. 84–96.
119. Gillespie LD, Gillespie WJ, Cumming R, Lamb SE, Rowe BH: Interventions to reduce the incidence of falling in the elderly (Cochrane Review); in *The Cochrane Library Issue 2.* Oxford, Update Software; 1998.
120. Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HMA, Bezemer PD, Lips P: Falls in the elderly: A prospective study of risk factors and risk profiles // *Am J of Epidemiol.* 1996. Vol. 143. P. 1129–1136.
121. Hale WA, Delaney MJ, McGaghie WC: Characteristics and predictors of falls in elderly patients // *J Fam Pract.* 1992. Vol. 34. P. 577–581.
122. Hayward RSA, Wilson MC, Tunis SR, Bass EB, Guyatt G: Users' guides to the medical literature. VIII How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? // *JAMA.* 1995. Vol. 274(7). P. 570–574.
123. Hornbrook MC, Stevens VJ, Wingfield DJ, Hollis JF, Greenlick MR, Ory MG: Preventing falls among community-dwelling older persons: Results from a randomized trial // *Gerontologist.* 1994. Vol. 34. P. 16–23.

124. Kiely DK, Kiel DP, Burrows AB, Lipsitz LA: Identifying nursing home residents at risk for falling // *J Am Geriatr Soc.* 1998. Vol. 46. P. 551–555.
125. Latham N, Anderson C, Lee A, Stretton C, Moseley A, Cameron I: A randomised trial of home based strength training on physical health in frail elderly patients // *Gerontology.* 2001. Vol. 47(1). P. 523.
126. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME: Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs // *J Am Geriatr Soc.* 1999. Vol. 47. P. 40–50.
127. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME: Drugs and falls in older people: A systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs // *J Am Geriatr Soc.* 1999. Vol. 47. P. 30–39.
128. Lipsitz LA, Nakajima I, Gagnon M, Hirayama T, Connelly CM, Izumo H: Muscle strength and fall rates among residents of Japanese and American nursing homes: An international cross-cultural study // *J Am Geriatr Soc.* 1994. Vol. 42. P. 953–959.
129. Liu B, Topper AK, Reeves RA, Gryfe C, Maki BE: Falls among older people: Relationship to medication use and orthostatic hypotension // *J Am Geriatr Soc.* 1995. Vol. 43. P. 1141–1145.
130. Lord SR, Clark RD, Webster IW: Psychological factors associated with falls in an elderly population // *J Am Geriatr Soc.* 1991. Vol. 39. P. 1194–1200.
131. Lord SR, Clark RD, Webster EW: Visual acuity and contrast sensitivity in relation to falls in an elderly population // *Age Ageing* 1991. Vol. 20. P. 175–181.
132. Lord SR, Ward JA, Williams P, Anstey KJ: Physiological factors associated with falls in older community dwelling women // *J Am Geriatr Soc.* 1994. Vol. 42. P. 1110–1117.
133. Lord SR, Ward JA, Williams P, Strudwick M: The effect of a 12-month exercise trial on balance, strength and falls in older women: A randomized controlled trial // *J Am Geriatr Soc.* 1995. Vol. 43. P. 1198–1206.

134. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y: 'Stops walking when talking: as a predictor of falls in elderly people // *Lancet*. 1997. Vol. 349. P. 617.
135. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y: Attention, frailty, and Falls: The effect of a manual task on basic mobility // *J Am Geriatr Soc*. 1998. Vol. 46. P. 758–761.
136. Luukinen H, Koski K, Laippala P, Kivela S-L: Risk factors for recurrent falls in the elderly in long-term institutional care // *Public Health*. 1995. Vol. 109. P. 57–65.
137. Mahoney J, Sager M, Dunham NC, Johnson J: Risk of falls after hospital discharge // *J Am Geriatr Soc*. 1994. Vol. 42. P. 269–274.
138. Mahoney JE, Palta M, Johnson J, Jalaluddin M, Gray S, Park S, Sager M: Temporal association between hospitalization and rate of falls after discharge // *Arch Intern Med*. 2000. Vol.160. P. 2788–2795.
139. Maki BE, Holliday PJ, Topper AK: A prospective study of postural balance and risk of falling in an ambulatory and independent elderly population // *J Gerontol*. 1994: Vol.49. P. 72–84.
140. Maki BE: Gait changes in older adults: Predictors of falls or indicators of fear // *J Am Geriatr Soc*. 1997. Vol.45. P. 313–320.
141. Mayo NE, Gloutney L, Levy AR: A randomized trial of identification bracelets to prevent falls among patients in a rehabilitation hospital // *Arch Phys Med Rehabil*. 1994. Vol.75. P. 1302–1308.
142. McMurdo MET, Millar AM, Daly F: A randomized controlled trial of fall prevention strategies in old peoples' homes // *Gerontology*. 2000. Vol. 46. P. 83–87.
143. McMurdo MET, Mole PA, Paterson CR: Controlled trial of weight-bearing exercise in older women in relation to bone density and falls // *Br Med J*.1997. Vol. 314. P. 596.

144. Means KM, Rodell DE, O'Sullivan, Cranford LA: Rehabilitation of elderly fallers: pilot study of a low to moderate intensity exercise program // *Arch Phys Med Rehabil*. 1996. Vol. 77. P. 1030–1036.
145. Mulrow C, Gerety M, Kanten D, DeNino L, Cornell J: Effects of physical therapy on functional status of nursing home residents // *J Am Geriatr Soc*. 1993. Vol. 41. P. 326–328.
146. Mulrow CD, Gerety MB, Kanten D, Cornell JE, DeNino LA, Chiodo L, Aguilar C, O'Neil MB, Rosenberg J, Solis RM: A randomized trial of physical rehabilitation of very frail nursing home residents // *JAMA*. 1994. Vol. 271. P. 519–524.
147. Nakamura T, Meguro K, Sasaki H: Relationship between falls and stride length variability in senile dementia of the Alzheimer type // *Gerontology*. 1996. Vol. 42. P. 108–113.
148. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES: Risk factors for injurious falls: a prospective study // *J Gerontol*. 1991. Vol. 5. P. 164–170.
149. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D: Risk factors for recurrent nonsyncopal falls // *JAMA*. 1989. Vol. 261. P. 2663–2668.
150. Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B: Home hazards and falls in the elderly: the role of health and functional status // *Am J Public Health*. 1995. Vol. 85. P. 509–515.
151. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S: Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly // *Am J Epidemiol*. 1993. Vol. 137. P. 342–354.
152. Province MA, Hadley EC, Hornbrook MC, Lipsitz LA, Miller JP, Mulrow CD, Ory MG, Sattin RW, Tinetti ME, Wolf SL: The effects of exercise on falls in elderly patients. A preplanned meta-analysis of the FICSIT trials // *JAMA*. 1995. Vol. 273. P. 1341–1347.

153. Ray WA, Taylor JA, Meador KG, Purushottam BT, Brown AK, Kajihara HK, Davis C, Gideon P, Griffin MR: A randomized trial of a consultation service to reduce falls in nursing homes // *JAMA*. 1997. Vol. 278. P. 557–562.
154. Ray WA, Thapa PB, Gideon P: Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents // *J Am Geriatr Soc*. 2000. Vol. 48. P. 682–685.
155. Reinsch S, MacRae P, Lachenbruch PA, Tobis JS: Attempts to prevent falls and injury: A prospective community study // *Gerontologist*. 1992. Vol. 32. P. 450 - 456.
156. Rizzo JA, Baker KI, McAvay G, Tinetti ME: The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons // *Med Care*. 1996. Vol. 34(9). P. 954–969.
157. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS: Falls in the nursing home // *Ann Intern Med*. 1994. Vol. 121. P. 442–451.
158. Rubenstein LZ, Josephson KR, Trueblood PR, Loy S, Harker JO, Pietruszka FM, Robbins AS: Effects of a group exercise program on strength, mobility, and falls among fall-prone elderly men // *J Gerontol* 2000. Vol. 55A. P. 317–321.
159. Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D: The value of assessing falls in an elderly population. A randomized clinical trial // *Ann Intern Med*. 1990. Vol. 113. P. 308–316.
160. Schwartz AV, Villa ML, Prill M, Kelsey JA, Galinus JA, Delay RR, Nevitt MC, Bloch DA, Marcus R, Kelsey JL: Falls in older Mexican-American women // *J Am Geriatr Soc*. 1999. Vol. 47. P. 1371–1378.
161. Simpson JM, Harrington R, Marsh N: Guidelines for managing falls among elderly people // *Physiotherapy*. 1998. Vol. 84. P. 173–177.
162. Sorock GS, Labiner DM: Peripheral neuromuscular dysfunction and falls in an elderly cohort // *Am J Epidemiol*. 1992. Vol. 136. P. 584–591.

163. Steinberg M, Cartwright C, Peel N, Williams G: A sustainable programme to prevent falls and near falls in community dwelling older people: results of a randomized trial // *J Epidemiol Community Health* 2000. Vol. 54. P. 227–232.
164. Steinberg M, Lyketsos CG, Steele C, Baker L, Brandt J, Baker A: Falls in the institutionalized elderly with dementia: a pilot study // *Annals of Long-Term Care* 1998. Vol. 6. P. 153–162.
165. Tennstedt S, Howland J, Lachman M, Peterson E, Kasten L, Jette A: A randomized, controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults // *J Gerontol.* 1998. Vol. 53B. P. 384–392.
166. Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA: Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents // *N Engl J Med.* 1998. Vol. 339. P. 875–882.
167. Thapa PB, Gideon P, Fought RL, Ray WA: Psychotropic drugs and risk of recurrent falls in ambulatory nursing home residents // *Am J Epidemiol.* 1995. Vol. 142. P. 202–211.
168. Tideiksaar R, Feiner CF, Maby J: Falls prevention: The efficacy of a bed alarm system in an acute-care setting // *Mt Sinai J Med.* 1993. Vol. 60. P. 522–527.
169. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI: A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community // *N Engl J Med.* 1994. Vol. 331. P. 821–827.
170. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT: Shared risk factors for falls, incontinence and functional dependence // *JAMA.* 1995. Vol. 273. P. 1348–1353.
171. Tinetti ME, Liu W, Ginter SF: Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities // *Ann Intern Med.* 1992. Vol. 116. P. 369–374.

172. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski M: Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities // *Am J Med.* 1986. Vol. 80. P. 429–434.
173. Tinetti ME: Risk factors for falls among elderly persons living in the community // *N Engl J Med.* 1988; Vol. 319. P. 1701–1707.
174. Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HFJM: Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomized controlled trial // *BMJ* 2000. Vol. 321. P. 994–998.
175. Van Rossum E, Frederiks CMA, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P: Effects of preventive home visits to elderly people // *BMJ* 1993. Vol. 307. P. 27–32.
176. Vellas BJ, Wayne SJ, Garry PJ, Baumgartner RN: A two-year longitudinal study of falls in 482 community-dwelling elderly adults // *J Gerontol.* 1998. Vol. 53A. P. 264–274.
177. Vetter NJ, Lewis PA, Ford D: Can health visitors prevent fractures in elderly people? // *Br Med J.* 1992; Vol. 304. P. 888–890.
178. Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, Leveille SG, Hecht JA, Artz K, Odle K, Buchner DM: Preventing disability and falls in older adults: A population-based randomized trial // *Am J Public Health.* 1994. Vol. 84. P. 1800–1806.
179. Whooley MA, Kip KE, Cauley JA, Ensrud KE, Nevitt MC, Browner WS: Depression, falls, and risk of fracture in older women // *Arch Intern Med.* 1999. Vol. 159. P. 484–490.
180. Wolf S, Kutner N, Green R, McNeely E: The Atlanta FICSIT study: Two exercise interventions to reduce frailty in elders // *J Am Geriatr Soc.* 1993. Vol. 41. P. 329–332.
181. Wolfson L, Whipple R, Judge J, Amerman P, Derby C, King M: Training balance and strength in the elderly to improve function // *J Am Geriatr Soc.* 1993. Vol. 41. P. 341–343.