

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

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата биологических наук

Санкт-Петербург – 2018

Работа выполнена в лаборатории биogerонтологии АННО ВО НИЦ
«Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент
Ильницкий Андрей Николаевич

Официальные оппоненты:

Иванова Маиса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор,
ФГУ Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения МЗ РФ, главный научный сотрудник
отдела организации и планирования медицинской помощи;

Потапов Владимир Николаевич, доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ
ДПО «Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования Министерства здравоохранения
Российской Федерации».

Ведущая организация:

ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет
Минздрава России»

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2018 г. в _____ часов на
заседании диссертационного совета Д 521.103.01 при АННО ВО НИЦ
«Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии» по адресу:
197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте АННО ВО
НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»
<http://www.gerontology.ru>. (197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо,
д. 3).

Автореферат разослан «_____» _____ 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета,
доктор биологических наук,
профессор

Козина Людмила Семеновна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИТИКА РАБОТЫ

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., et al., 1998; Thapa P.V. et al., 2003, 2008; Wagner E.H. et al., 2014; Whooley M.A. et al., 2014]. 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., 2005; Лисица Д.И. 2006]. 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 [Прошаев К.И., 2013]. 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. 2006, Тиунова О. В., 2007; Шабалин В.Н., 2012]. 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., 1994; Fabacher D. et al., 2004; Feder G. et al., 2010].

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-психо-социальную модель активирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

5. Оценить био-психо-социальное 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 явилось 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 самоочувствию 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-психо-социальную 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-психосоциального 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 Санкт-Петербургского института 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 том числе 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).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенное исследование было выполнено поэтапно.

Всего в исследовании приняло участие 807 человек в возрасте от 52 лет до 81 года.

Вначале нами был проведен *возрастной анализ биологических и психосоциальных потребностей* людей среднего, пожилого и старческого возраста при осуществлении ухода за ними на дому. Количественная характеристика и нозологическая структура отобранных пациентов среднего, пожилого и старческого возраста представлена в таблице 1.

Таблица 1

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

Нозологическая форма/Синдром	Возраст, M±m, годы						Итого
	Средний (55,2±2,2)		Пожилой (67,1±2,4)		Старческий (78,1±1,9)		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
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
Послеоперационный 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 болевой 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: биологические и медицинские проблемы пациента (проблемы питания, болевой синдром, слабость, контроль тазовых функций, ограничение самостоятельности, проблемы внимания и пр.); психологические проблемы (внутренняя картина болезни, уровень семейной поддержки, доступность религиозных ритуалов, чувство вины перед родственниками и пр.); социальные проблемы (чувство 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. Всего на данном этапе было обследовано 746 пациентов в возрасте от 52 лет до 81 года.

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 от 65 до 73 лет, средний возраст составлял $67,1 \pm 2,4$ лет и 248 пациентов старческого возраста от 75 до 82 лет, средний возраст - $78,1 \pm 1,9$ лет. Для определения качества жизни нами был применен опросник SF-36 [Белова А.Н., Щепетова О.Н., 2002]. В результате данного этапа работы 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-психосоциальной модели активизирующего 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. Была создана экспертная группа, состоящая из сотрудников кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины 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 активизирующего ухода за людьми пожилого и старческого возраста на дому.

Заключительным этапом исследования стали **внедрение разработанной модели и 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 от 65 до 77 лет – 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 основной группы была применена разработанная био-психосоциальная модель активизирующего 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: наличие дефектов ухода (неопрятный внешний вид, дерматит, сыпи, пролежни, нарушение гигиенических правил), нарушение пациентом объема, кратности, сроков приема лекарственных форм, изменения в области инъекций (уплотнение, инфильтрат, флебит), выполнение пациентом программ активизирующей кинезотерапии [Матвейчук Т.В. с соавт., 2011]. До и после периода наблюдения были применены тесты: определение Индекса Активностей Повседневной Жизни Бартела; качество жизни по опроснику SF-36. Результатом заключительного раздела исследования стало научное обоснование эффективности разработанной био-психосоциальной модели активизирующего ухода в гериатрической практике.

Статистические методы

Для статистической обработки результатов исследования 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 χ^2 . При проведении статистической обработки была применена программа «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0. Сводные данные о проведенном исследовании представлены в таблице 2.

Таблица 2

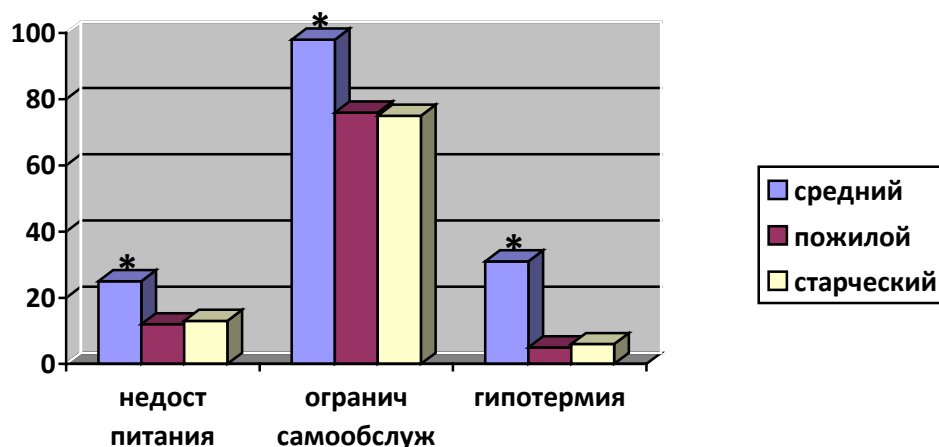
Сводные данные о проведенном исследовании

Этап исследования	Количество человек
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

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**Возрастные различия биологических и психосоциальных потребностей людей 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 гипотермии – $31,4 \pm 3,1\%$, $p < 0,05$ по сравнению с лицами пожилого и старческого возраста (рис. 1).

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 – $28,9 \pm 2,3\%$; уменьшить 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 $9,8 \pm 0,9\%$; купирование синдрома задержки/недержания мочи – $7,4 \pm 0,8\%$ и $12,5 \pm 1,1\%$; купирование нарушений дефекации – $8,9 \pm 0,9\%$ и $15,4 \pm 1,3\%$; разрешение кожных проблем – $10,9 \pm 1,0\%$ и $21,0 \pm 1,4\%$; устранение слабости – $85,2 \pm 4,8\%$ и $98,4 \pm 4,9\%$; купирование нарушений терморегуляции в виде гипотермии – $10,4 \pm 1,0\%$ и $31,5 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$, при этом перечисленные потребности в достоверно большей степени были характерны для людей старческого возраста (таблица 3).



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

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

Таблица 3

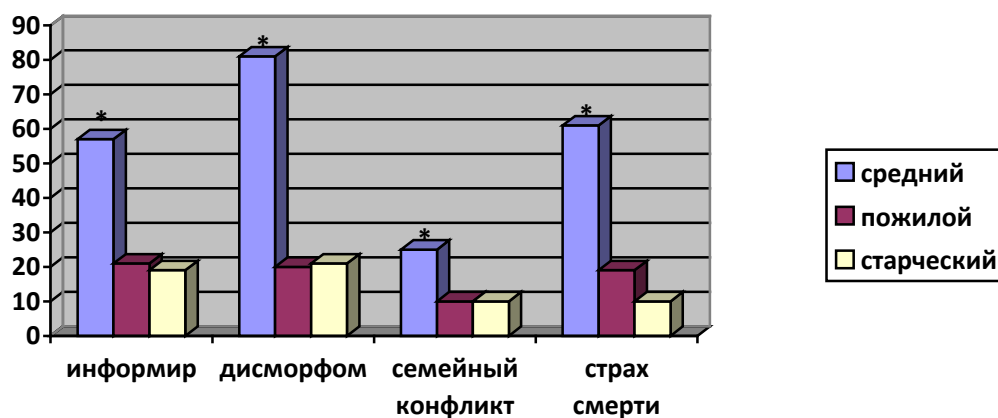
Возрастные отличия в распределении биологических потребностей при осуществлении ухода на дому ($M \pm m$, %)

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	3,6 \pm 0,3	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

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

В плане *психологических потребностей* для пациентов среднего возраста было характерно достоверное преобладание следующих из них: потребность более точного информирования о заболевании и его течении – $57,5 \pm 2,9\%$ (пожилой возраст – $21,4 \pm 1,9\%$, старческий возраст – $19,8 \pm 1,8\%$); купирование чувства тревоги и страха – $59,6 \pm 2,8\%$ (пожилой возраст – $31,5 \pm 2,0\%$, старческий возраст – $31,6 \pm 2,1\%$); купирование дисморфомании – $81,4 \pm 3,3\%$ (пожилой возраст – $20,1 \pm 1,8\%$, старческий возраст – $21,2 \pm 1,7\%$); устранение конфликта в семье, причиной которого является заболевание – $25,7 \pm 2,4\%$ (пожилой возраст – $10,3 \pm 1,5\%$, старческий возраст – $10,4 \pm 1,4\%$); купирование страха смерти – $61,2 \pm 3,0\%$ (пожилой возраст – $19,1 \pm 1,7\%$, старческий возраст – $10,2 \pm 1,1\%$); устранение ложной вины перед близкими родственниками в связи со своим заболеванием – $35,4 \pm 2,7\%$ (пожилой возраст – $20,2 \pm 1,8\%$, старческий возраст – $5,7 \pm 0,7\%$), $p < 0,05$ (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 ($M \pm m$, %).

В то же время для людей старших возрастных групп были характерны потребности в устранении дефицита общения (соответственно, в среднем, пожилом и старческом возрасте – $71,6 \pm 3,4\%$, $89,3 \pm 4,1\%$ и $89,2 \pm 4,2\%$); повышение роли семьи при осуществлении ухода – $21,4 \pm 1,8\%$, $56,3 \pm 2,3\%$ и $72,9 \pm 3,1\%$; повышение доверия к персоналу, осуществляющему уход – $7,5 \pm 0,9\%$, $21,3 \pm 1,8\%$ и $39,4 \pm 2,2\%$; повышение доступности медикаментов – $2,1 \pm 0,3\%$, $5,7 \pm 0,9\%$ и $12,9 \pm 1,1\%$; повышение доступности религиозных обрядов – $5,3 \pm 0,7\%$, $21,2 \pm 1,8\%$ и $20,5 \pm 1,7\%$, $p < 0,05$ (таблица 4).

Таблица 4

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

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

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

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%, $p < 0,05$ при сравнении пациентов среднего и пожилого, пожилого и старческого возраста.

Биологические и психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста

Максимальными показателями физического компонента качества жизни в процессе ухода в изученной выборочной совокупности были следующие: физическое функционирование – 24,1±2,5 балла, ролевое функционирование – 26,2±2,7 баллов, интенсивность боли – 19,4±2,1 баллов, общее состояние здоровья – 17,3±2,0 балла. 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 согласно врачебным назначениям, $r = +0,8$, $p < 0,05$; правильный 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, $r=+0,5$, $p<0,05$; достижение адекватного потребностям пациента нутритивного статуса, $r=+0,5$, $p<0,05$ (таблица 5).

Максимальными показателями психологического компонента качества жизни при уходе в изученной совокупности 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. 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 6).

Таблица 5

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

Биологическая детерминанта 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

Таблица 6

**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)	Достовер- ность (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

**Био-психосоциальная модель активизирующего ухода за
пациентами пожилого и старческого возраста на дому**

Разработанная нами био-психосоциальная модель активизирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста, согласно данным экспертной оценки, включает в себя следующие основные элементы.

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

II. 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 активизирующей 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, $\chi^2 = 8,2$, $p < 0,05$; формирование положительного образа медицинского и социального персонала, осуществляющего уход, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$; привлечение 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, $\chi^2 = 8,1$, $p < 0,05$.

III. 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, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.

Разработанная био-психосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста представлена на рисунке 3.

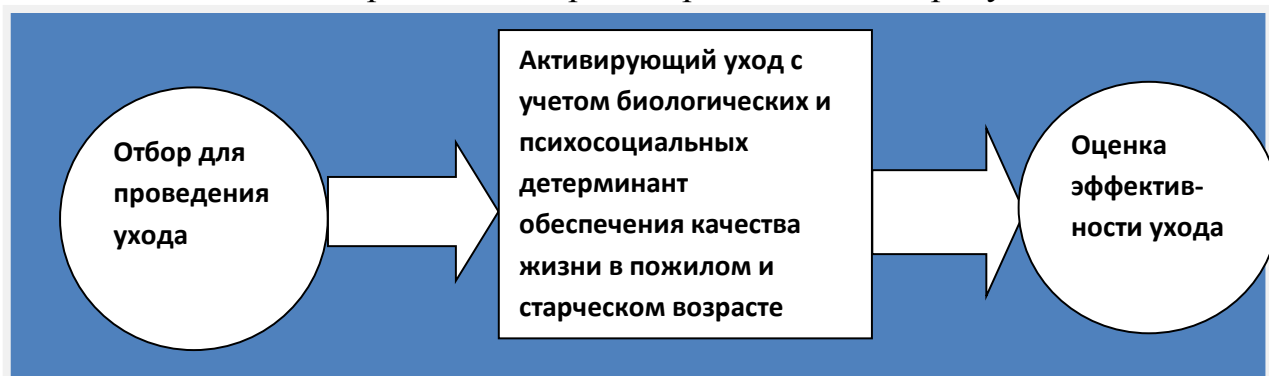


Рисунок 3. Принципиальная схема био-психосоциальной модели активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста.

Оценка эффективности био-психосоциальной модели активирующего ухода

При *общей оценке эффективности* разработанной модели ухода были получены следующие результаты. В контрольной группе пациентов имела место положительная динамика лишь некоторых изученных показателей, в частности, степени внешней опрятности ($31,5 \pm 3,1\%$ и $22,1 \pm 3,2\%$, $p < 0,05$), частоты развития пролежней ($1,2 \pm 0,2\%$ и $0,6 \pm 0,1\%$, $p < 0,05$), степени неадекватной гигиены кожи ($61,5 \pm 5,4\%$ и $10,1 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$), частоты формирования патологических изменений в области инъекций ($18,4 \pm 2,4\%$ и $6,6 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$). Такие показатели как наличие дерматита, кожной сыпи, соблюдение предписанного режима и приверженность выполнению активирующей кинезотерапии не претерпели изменений. При этом в основной группе пациентов по всем изученным позициям был достигнут статистически достоверный положительный эффект (таблица 7).

Таблица 7

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	$31,5 \pm 3,1$	$22,1 \pm 3,2\#$	$31,6 \pm 3,2$	$8,4 \pm 1,3^{*,**}$
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	$1,2 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,1\#$	$1,2 \pm 0,3$	$0,3 \pm 0,1^{*,**}$
Неадекватная гигиена кожи	$61,5 \pm 5,4$	$10,1 \pm 1,5\#$	$61,7 \pm 5,3$	$8,3 \pm 1,2^{*,**}$
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	$18,4 \pm 2,4$	$6,6 \pm 2,3\#$	$18,3 \pm 2,3$	$6,3 \pm 1,1^{*,**}$
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, # $p < 0,05$ в динамике ухода за пациентами контрольной группы

При определении *Индекса активности 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.

Так, 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 8).

Таблица 8

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	$4,2 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$4,2 \pm 0,8$	$6,1 \pm 0,9^{*,**}$
Контролирование мочеиспускания	$4,1 \pm 0,8$	$4,2 \pm 0,9$	$4,0 \pm 0,7$	$6,2 \pm 0,8^{*,**}$
Персональная гигиена	$4,2 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$4,1 \pm 0,8$	$6,2 \pm 0,9^{*,**}$
Посещение туалета	$4,3 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,8$	$6,3 \pm 0,9^{*,**}$
Прием пищи	$4,5 \pm 1,0$	$4,3 \pm 1,1$	$4,6 \pm 1,1$	$7,3 \pm 1,2^{*,**}$
Перемещение	$3,9 \pm 0,8$	$3,8 \pm 0,9$	$3,9 \pm 0,9$	$5,8 \pm 1,1^{*,**}$
Мобильность	$4,1 \pm 0,8$	$4,0 \pm 0,9$	$4,1 \pm 0,8$	$6,1 \pm 0,9^{*,**}$
Одевание	$4,5 \pm 0,9$	$4,6 \pm 0,8$	$4,6 \pm 0,9$	$6,4 \pm 1,0^{*,**}$
Подъем по лестнице	$3,3 \pm 0,5$	$3,3 \pm 0,6$	$3,4 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,4^{*,**}$
Прием ванны	$4,3 \pm 0,6$	$4,4 \pm 0,7$	$4,5 \pm 0,6$	$6,5 \pm 0,9^{*,**}$
Значение Индекса Бартела	$39,5 \pm 2,5$	$49,7 \pm 2,7$	$39,6 \pm 2,6$	$71,2 \pm 2,9^{*,**}$

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

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 9).

Таблица 9

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	$18,4 \pm 2,1$	$18,3 \pm 2,2$	$18,5 \pm 2,0$	$25,1 \pm 2,1^*, **$
Ролевое функционирование	$21,5 \pm 2,2$	$21,6 \pm 2,1$	$21,4 \pm 2,0$	$25,4 \pm 2,1^*, **$
Боль	$11,4 \pm 1,3$	$11,5 \pm 1,4$	$11,3 \pm 1,4$	$8,1 \pm 0,9^*, **$
Физическое функционирование	$23,1 \pm 2,2$	$23,2 \pm 2,1$	$23,1 \pm 2,1$	$27,3 \pm 2,0^*, **$
Жизнеспособность	$21,3 \pm 2,1$	$22,2 \pm 2,0$	$21,4 \pm 2,2$	$26,1 \pm 2,1^*, **$
Психологическое здоровье	$21,9 \pm 2,0$	$21,7 \pm 2,1$	$21,8 \pm 2,0$	$25,4 \pm 1,9^*, **$
Ролевое эмоциональное функционирование	$25,7 \pm 1,7$	$25,8 \pm 1,9$	$25,6 \pm 1,8$	$31,5 \pm 1,6^*, **$
Социальное функционирование	$27,3 \pm 1,9$	$27,4 \pm 1,8$	$27,2 \pm 1,7$	$32,1 \pm 1,6^*, **$

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

Таким образом, разработанная на основе выявленных нами возраст-ориентированных детерминант качества жизни, оригинальная модель био-психосоциального активирующего ухода за гериатрическим контингентом пациентов на дому, отличием которой от традиционных подходов является применение активирующей кинезотерапии и когнитивной гимнастики, способствует достижению более высокого уровня функциональности и

самостоятельности гериатрического пациента, что сопровождается повышением 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 активизирующей 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-психосоциального активизирующего 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 активизирующей 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 активизирующего 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 отпавлений; 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 Активности Повседневной Жизни Бартела и качества жизни.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации

1. Оптимизация сестринского процесса при неотложных состояниях у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах / А.Н. Ильницкий, И.С. Захарова, С.С. Султанова, В.И. Поляков. // Успехи геронтологии. – 2014. - № 3. – С. 584 - 589.

2. Пономарева, И.П. Биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому / И.П. Пономарева, С.С. Султанова, К.И. Прощаев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5 [электронное издание].
3. Пономарева, И.П. Возрастные различия биологических и психосоциальных потребностей людей при уходе на дому / И.П. Пономарева, С.С. Султанова, А.Н. Ильницкий. // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9 (часть 6). – С.1121-1124.
4. Султанова, С.С. Биологические и психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста / С.С. Султанова, И.П. Пономарева, А.Н. Ильницкий // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 6 [электронное издание].
5. Горелик, С.Г. Эрготерапия в реабилитационном процессе в гериатрии / С.Г.Горелик, А.Н.Ильницкий, С.С.Султанова // Медицинская сестра.- 2017.- № 4.- С. 32 – 35.

Тезисы докладов

6. Прощаев, К.И. Проблемные аспекты организации медико-социальных амбулаторных отделений / К.И. Прощаев, С.С. Султанова, Т.С. Добриня // Матер. конф. «Инновационные технологии управления здоровьем и долголетием человека», г. Санкт-Петербург, 2010. – С. 211-212.
7. Рыжиков, В.С. Биопсихосоциальные аспекты организации медико-социальной помощи людям преклонного возраста / В.С. Рыжиков, С.С. Султанова // Респуб. конф., посв. Дню пожилого человека. – Минск: БелМАПО, 2013. – С. 118.
8. Султанова, С.С. Биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пожилыми людьми на дому / С.С. Султанова. // Пожилой человек и социум: Матер. Всеросс. научно-практ. конф. – М., 2014. – С. 82-88.
9. Султанова, С.С. Врач – медсестра – социальный работник: особенности взаимодействия в поликлинической практике / С.С. Султанова, Г.Н. Сovenko // Матер. Междунар. научно-практической конф. «Актуальные вопросы полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней», г. Белгород, 2010. – С 123-124.
10. Султанова, С.С. Качество жизни пожилых людей при уходе на дому и роль сиделок в обеспечении этого процесса / С.С. Султанова // Социальная помощь населению: Матер. Межрегиональной конф., Кировоград, 24 апреля 2012 г. – Кировоград, 2012. – С. 54.

11. Султанова, С.С. Особенности ухода на дому при инсультах / С.С. Султанова, А.Н. Ильницкий // "Амбулаторная помощь": Матер. конф., Новополюцк, 20 мая 2010 г., Новополюцк: ПГУ, 2010. – С. 34.
12. Султанова, С.С. Пути решения проблем в организации медико-социальной помощи на дому/ С.С. Султанова // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича, 2010. – №2. – С. 122-123.
13. Султанова, С.С. Особенности ухода на дому на основе биологических детерминант качества жизни пожилого человека / С.С. Султанова // "Современные практики социального и медицинского ухода за пожилыми людьми": Матер. конф., Минск, 2 октября 2015 г., Минск: Международный институт социальной работы, 2015. – С. 17.
14. Султанова, С.С. Практическое внедрение современной модели ухода за пожилым человеком в домашних условиях / С.С. Султанова // "Пожилый человек и социальный работник": Матер. конф., Москва, 16 июня 2016 г., Москва: , 2016. – С. 24.
15. Султанова, С.С. Био-психо-социальная модель ухода за пожилым человеком в доме-интернате для пожилых граждан и инвалидов / С.С. Султанова // "Современный дом-интернат для пожилых граждан и инвалидов": Матер. конф., Москва, 18 марта 2017 г., Москва, 2017. – С. 55 - 56.

СУЛТАНОВА Салатун Султановна БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ УХОДЕ НА ДОМУ // Автореф. дис. канд. биол. наук: 14.01.30. – СПб., 2018. – 23 с.

Подписано в печать « ____ » _____ 2018. Формат 60Ч84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ ____ .

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.

СПИСОК ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Белова А.Н., Щепетова О.Н. Опросники и шкалы в медицинской реабилитации, 2002, 516 с.; Лазебник Л.Б. *Consilium medicum*, 2005, 12: 993–996; Лисица Д.И. *Врач*, 2006; 1: 32-34; Максимова Н.Е. *Казанский медицинский журнал*, 2006: 469-472; Матвейчук Т.В. с соавт. *Врач*, 2011, 11, 45 – 49; Прощаев К.И. *Геронтология*, 2013, 2: 3-8; Тиунова О.В. ЛФК и массаж, 2007, 4: 20-32; Шабалин В.Н. *Пожилой человек и общество*, 2012: 88-92; El-Faizy M., Reinsch S. *Phys. Occup. The Geriatr.*, 1994, 12: 33-49; Fabacher D. и соавт. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1994, 42: 630-638; *Fabacher D. и соавт.*, 2004; *Feder G. и соавт.*, 2010. *Feder G. и соавт. BMJ*, 2000, 321:1007-1011; Tennstedt S. и соавт. *J. Gerontol.* 1998, 53B: 384-392; Thapa P.B. и соавт., 2003, 2008; *Thapa P.B. и соавт., N. Engl. J. Med.* 1998, 339: 875-882; Wagner E.H. и соавт., *Am. J. Public Health*, 2014, 84: 1800-1806; Whooley M.A. и соавт. *Arch. Intern. Med.* 2014, 159: 484-490.