

Министерство образования и науки Российской Федерации
Сибирский государственный университет науки и технологий
имени академика М. Ф. Решетнева

Г. Н. Гончарова
А. В. Жарова

СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ: АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

*Утверждено редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного пособия для студентов бакалавриата
по направлению подготовки 39.03.02 «Социальная работа»,
профиль «Социальная работа в системе социальных служб»,
очной и заочной форм обучения*

Красноярск 2018

УДК 364.6-787.9–057.75(075.8)

ББК 60.542.18я73

Г65

Рецензенты:

кандидат медицинских наук, доцент Н. В. ТИХОНОВА
(Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого);

кандидат философских наук, доцент Е. С. МЕДВЕДЕВА
(Сибирский государственный университет науки и технологий
имени академика М. Ф. Решетнева)

Гончарова, Г. Н.

Г65 Социальная геронтология: актуальные проблемы : учеб. пособие для студентов бакалавриата по направлению подготовки 39.03.02 «Социальная работа», профиль «Социальная работа в системе социальных служб», очной и заочной форм обучения / Г. Н. Гончарова, А. В. Жарова ; СибГУ им. М. Ф. Решетнева. – Красноярск, 2018. – 156 с.

Предназначено для самостоятельной работы студентов по овладению теоретическим материалом учебной дисциплины «Социальная геронтология». Представляет собой весь комплекс знаний о биопсихосоциальных особенностях старшего поколения, его взаимоотношениях с другими возрастными группами населения на микро- и макроуровнях, медицинских и социальных потребностях и подходах к их оптимальному удовлетворению.

УДК 364.6-787.9–057.75(075.8)

ББК 60.542.18я73

© СибГУ им. М. Ф. Решетнева, 2018

© Гончарова Г. Н., Жарова А. В., 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Глава 1. Старение и теории старения	7
1.1. Классификация теорий старения	7
1.2. Биологические теории старения	10
1.3. Социальные теории старения	19
1.4. Психологические теории старения	22
1.5. Иммунные теории старения	23
Контрольные вопросы и задания	29
Глава 2. Качество жизни пожилых людей в современном обществе	30
2.1. Концепция качества жизни лиц пожилого и старческого возраста в мире и России	30
2.2. Методология изучения качества жизни пожилых людей	36
2.3. Исследования качества жизни лиц пожилого и старческого возраста	40
2.4. Индекс качества жизни пожилых людей в странах мира и России	44
2.5. Реализация «Региональной программы повышения качества жизни граждан пожилого возраста на территории Красноярского края» на 2014–2018 годы	48
Контрольные вопросы и задания	52
Глава 3. Трансформация параметров потребностей и ценностей семьи пожилого человека в современных условиях	53
3.1. Потребности и ценности в жизни пожилого человека	53
3.2. Изменение потребностей и ценностей пожилых людей	63
3.3. Социально-медицинские и экономические составляющие потребностей пожилых людей	71
3.4. Удовлетворение потребностей в пожилом возрасте	74
Контрольные вопросы и задания	77
Глава 4. Расстройства психической деятельности на ранних и поздних стадиях старения	78
4.1. Депрессия	79
4.2. Деменция	84
4.3. Болезнь Альцгеймера	91
4.4. Болезнь Пика	94
4.5. Болезнь Паркинсона	97

4.6. Старческий маразм (слабоумие)	100
4.7. Соматопсихические расстройства	101
Контрольные вопросы и задания	105
Глава 5. Наиболее распространенные заболевания	
пожилых людей	106
5.1. Заболевания глаз	107
5.2. Заболевания органов слуха	108
5.3. Расстройства обоняния и вкуса	109
5.4. Болезни органов дыхания	109
5.5. Болезни органов пищеварения	109
5.6. Заболевания кожи и костной системы	110
5.7. Заболевания нервной системы	112
5.8. Болезни мочевыделительной системы	113
5.9. Заболевания эндокринной системы	113
5.10. Заболевания сердца и сосудов	114
Контрольные вопросы и задания	116
Глава 6. Интегративная паллиативная помощь	117
6.1. История паллиативной помощи	117
6.2. Паллиативная помощь как интегративная область деятельности	120
6.3. Организация медико-социальной помощи при онкологических заболеваниях	131
Контрольные вопросы и задания	137
Тестовые задания	138
Библиографический список	144
Приложения	
<i>Приложение 1</i> (справочное). Перечень ключевых слов	147
<i>Приложение 2</i> (обязательное). «Региональная программа повышения качества жизни граждан пожилого возраста на территории Красноярского края» на 2014–2018 годы	149

ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестные демографические и социальные изменения, происходящие во всем мире, выдвинули социальную геронтологию в первый ряд общественно значимых областей познания. Достойное социальное содержание и обеспечение старых людей во многих странах приходит в противоречие с решением таких же проблем более ранних возрастов, что, в свою очередь, способствует распространению в обществе геронтофобных настроений, приводит к противопоставлению молодых и старших поколений.

В то же время проблема подготовки специалистов в области социальной геронтологии является одной из актуальнейших, так как невозможно работать с населением старшего возраста без глубоких знаний своеобразия, неповторимости, мудрости или, напротив, болезненности пожилого и старческого возраста.

Дисциплина «Социальная геронтология» относится к вариативной части программы бакалавриата. Дисциплина обеспечивает знания студентами концепции и нормативно-правового регулирования социальной работы с населением пожилого и старческого возраста, правил предоставления им лечебно-профилактической, медико-социальной помощи и реабилитационных услуг, медико-социальной характеристики этой категории населения и правил, форм и методов поддержания высокого качества жизни пожилых людей.

Цель учебного пособия состоит в методическом обеспечении самостоятельной работы студентов по овладению целостной системой знаний о социальной группе пожилых и старых людей, составляющих значительную часть современного общества и имеющих свой специфический характер. Учебное пособие «Социальная геронтология: актуальные проблемы» предполагает формирование общекультурной и ряда профессиональных компетенций:

общекультурные компетенции (ОК):

Использовать в профессиональной деятельности основные законы естественно-научных дисциплин, в том числе медицины, применять методы математического анализа и моделирования, теоретического и экспериментального исследования (ОК-10).

профессиональные компетенции (ПК):

социально-технологическими:

быть способным обеспечивать высокий уровень социальной культуры технологий социальной защиты слабых слоев населения, медико-социальной поддержки, благополучия граждан (ПК-2);

быть готовым к посреднической, социально-профилактической, консультационной и социально-психологической деятельности по проблемам социализации, абилитации и реабилитации (ПК-3);

быть готовым к обеспечению социальной защиты, помощи и поддержки, предоставлению социальных услуг отдельным лицам и социальным группам (ПК-4);

быть готовым решать проблемы клиента путем привлечения соответствующих специалистов, мобилизации собственных сил, физических, психических и социальных ресурсов клиента (ПК-7);

быть способным к компетентному использованию законодательных и других нормативных актов федерального и регионального уровней (ПК-11);

организационно-управленческими:

быть способным к координации деятельности по выявлению лиц, нуждающихся в социальной защите, медико-социальной помощи (ПК-24);

социально-проектными:

быть способным создавать социальные проекты для работы в трудных жизненных ситуациях, для обеспечения физического, психического и социального здоровья пожилых (ПК-35).

Глава 1
СТАРЕНИЕ И ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

1.1. Классификация теорий старения

Проблемы старости и старения являются предметом изучения многих наук. Человечество издревле проявляло интерес к проблеме старения, вследствие чего появилось огромное количество теорий и концепций. Понятия о сущности, причинах и механизмах старения постоянно менялись. Это связывалось не только с развитием научных знаний, но и с изменением особенностей старения в обществе. Росла, прежде всего, средняя продолжительность жизни, последнее определялось изменением условий жизни и социального строя, успехами медицины и другими преимуществами прогресса и цивилизации.

Исследуя старение и его последствия, И. Г. Беленькая, В. В. Егоров, А. В. Рубцов, Е. С. Яцемирская выделяют закономерные возрастные изменения и указывают, что старение связано с изменениями, происходящими на всех уровнях живой материи – молекулярном, субклеточном, системном, целостного организма. В данном разделе коротко рассмотрены классификации и основные положения различных теорий старения.

Ж. А. Медведев в работе, посвященной классификации теорий старения, указал более 300 теорий, однако ни одна из них, по его мнению, не обладает качествами действительно теории старения, и в лучшем случае только некоторые из них можно назвать гипотезами. Основные теории старения традиционно разделяют на стохастические (вероятностные) теории и теории программированного старения. Классификация эта довольно условная. При исследовании причин и механизмов старения в большинстве случаев обнаруживается переплетение как различных, так и сходных процессов, которые могут быть интерпретированы в рамках и стохастического, и программированного подходов. Оправданными представляются попытки рассмотрения старения как интегрального процесса, создаваемого онтогенетическими и кумуляционными механизмами, на которые в свою очередь влияют генетические и экологические факторы.

С. Раттан отмечает, что традиционное деление теорий старения на теории программированного старения и стохастические теории действительно устарело, и указывает на те принципы, которые могут быть положены в основу унифицированной теории старения. Это

эволюционный подход с учетом молекулярных, генетических, постгенетических и эпигенетических (не опосредованных непосредственно генами) факторов старения, а также гомеостаза или гомеодинамики биологических систем.

В обзоре приведена классификация современных теорий старения, критерием которой является уровень интеграции: организменный, органнй, клеточный и молекулярный. Авторы этой классификации отмечают, что 24 из 28 упомянутых ими теорий рассматривают старение как последствие разнообразных внешних воздействий на процесс жизни, т. е. определяют старение как пассивное накопление повреждений организма. Среди четырех теорий старения, которые были отмечены как теории программированного старения, особо выделена теория клеточного старения, базирующаяся на данных по старению пролиферирующих клеток и укорочению теломер. Эта теория существенно отличается от теорий старения организма в целом. Авторы подчеркивают, что термин «неделяющиеся клетки» не означает старые клетки, поскольку постмитотические нейроны и большинство миоцитов, хотя и не пролиферируют после дифференцировки в период эмбриогенеза, могут оставаться неповрежденными в организме на протяжении всей жизни. Более того, укорочением теломер трудно объяснить снижение функций целого организма при его старении.

В. А. Кордюм замечает, что почти все определения процесса старения состоят из самых общих фраз типа «угасание жизненных сил...» или «снижение функциональной активности...». Единственно четкое определение, учитывающее реальность и способность его (процесс старения) количественно измерить, принимает как конечную точку отсчета жизни, ее прекращение, т. е. смерть, и трактует старение через продолжительность жизни. В этом определении процесс фактически подменяется его конечным результатом. При такой трактовке, полагает автор, на самом деле многое поддается количественному учету, но только на статистическом, популяционном уровне. Для популяции причины смертности действительно разные, тогда как для индивидуума они всегда вполне конкретные.

Если даже убрать, подчеркивает В. А. Кордюм, все эти частные причины, исключить несчастные случаи, радикально излечить ведущие патологии, создать идеальную экологию, полностью обеспечить благоприятные бытовые и социальные условия, т. е. убрать все внешние неблагоприятные факторы и болезни, то остается неустранимая природа старения – полное одряхление организма, когда существование становится несовместимым с самыми оптимальными условиями.

Вот такой «сухой остаток» и принимается как старение. И именно его механизмы, его первооснову и пытаются объяснить теории, которые в пределе сводятся к двум группам – стохастической (старение вследствие суммы неблагоприятных случайных событий) и программируемой (старение как действие, заложенное природой, эволюцией программы).

Общие положения концепции запрограммированной смерти сводятся к тому, что старые организмы занимают экологическую нишу, имеющую вполне определенную емкость для заселения и таким образом «не пускают» в жизнь молодое поколение. Поэтому смерть предусмотрена программой, так как «полезна для вида».

Теории старения можно классифицировать и по уровню интеграции. Организменный уровень интеграции: теория изнашивания; теория катастрофы ошибок; теория стрессового повреждения; теория аутоинтоксикации; эволюционная теория (теория запрограммированного старения); теория сохранения информации (теория запрограммированного старения). Органный уровень: эндокринная теория; иммунологическая теория; торможение головного мозга. Клеточный уровень: теория клеточных мембран; теория соматических мутаций; митохондриальная теория; митохондриально-лизосомальная теория; теория пролиферативного лимита клетки (теория запрограммированного старения). Молекулярный уровень: теория накопления повреждений ДНК; теория следовых элементов; свободно-радикальная теория; теория поперечных сшивок; теория окислительного стресса; теория неэнзиматической гликозиляции; теория карбонильной интоксикации; теория катастрофы загрязнения; теория генных мутаций; теория укорочения теломер (теория запрограммированного старения).

В. М. Дильман полагал, что в соответствии с четырьмя моделями возникновения болезней (экологической, генетической, аккумуляционной и онтогенетической) все существующие теории старения могут быть классифицированы на клеточные (вероятностные теории), клеточные (регулярные), клеточные программные и клеточные запрограммированные.

Следует признать, что в настоящее время при рассмотрении причин и механизмов старения наблюдается переплетение как различных, так и сходных процессов, которые могут быть интерпретированы в рамках как стохастического, так и запрограммированного подходов. Оправданными представляются попытки рассмотрения старения как интегрального процесса, создаваемого онтогенетическими и аккумуляционными механизмами, на которые в свою очередь влияют

генетические и экологические факторы. И самая общая классификация включает в себя биологические, психологические и социальные теории старения.

1.2. Биологические теории старения

Процесс старения бесконечно сложен и многообразен. Старение на разных уровнях жизнедеятельности организма не повторяется. Так, старение на клеточном уровне – непростая сумма молекулярных изменений, а старение органов и систем не сумма клеточных изменений. На каждом уровне биологической организации существуют свои качественные и количественные изменения, сложные взаимовлияния, составляющие сущность старения всего организма.

Существует ряд теорий, непосредственно затрагивающих тематику процесса старения человека.

Теория жизненной изношенности. Первый учёный, серьёзно начавший изучение причин и механизмов старения, был немецкий зоолог, и эволюционист, основатель дарвинизма Август Вейсман. Теория жизненной изношенности была предложена им в 1882 году, которая говорила о том, что в процессе жизни изнашивается каждая клетка нашего организма. Ускоряют износ токсины, курение, стрессы, алкоголь, жиры, избыток или недостаток физической нагрузки. До 30 лет организм с этими перегрузками более-менее справляется, но с годами способность восстанавливаться уменьшается, и пожилые люди годами мучаются из-за перелома, который в молодости сросся бы за месяц, а банальный насморк у них превращается в пневмонию.

Современные ученые пытаются заглянуть глубже и полагают, что прекращение жизнедеятельности происходит исключительно потому, что структурные компоненты, особенно те из них, которые не обновляются, приходят в негодность. Организм – это механизм, а все механизмы ухудшаются и портятся вследствие самой деятельности. Теории изнашивания не только в принципе объясняют старение организма ухудшением функционирования тех или иных систем, но и практически пытаются выявить конкретные структуры, которые «ломаются» в первую очередь. Особое внимание обращается на изнашивание коллоидных структур (гистерезис).

Считается, что с возрастом в молекулах коллагена нарастают межмолекулярные водородные и другие, более «рыхлые», связи, что приводит к уменьшению свободной энергии молекул и приближению

всей коллоидной системы к наиболее вероятному термодинамическому состоянию. Обращалось внимание и на генетический материал. Ряд ученых полагает, что длительное пребывание ДНК в клетках организма, не сопровождаемое ее делением, приводит к утрате активности отдельных участков, нарушению репродукции РНК и белков в стареющих клетках. Широкое распространение имеет теория иммунологического старения организма, базирующаяся ещё на идеях И. И. Мечникова, которая говорит о том, что у организма данного вида подавлена возможность синтеза антител на свои белки. С возрастом происходит ослабление этого «репрессирования», и антитела начинают постепенно разрушать клетки собственного организма. Исходя из теорий изнашивания, с целью увеличения продолжительности жизни нужно проявлять максимальную заботу о своем организме при его эксплуатации, и, в принципе, эксплуатировать его как можно меньше и реже.

Известным сторонником этой точки зрения был Ганс Селье, знаменитый канадский физиолог, основоположник учения о стрессе, который считал, что адаптационные ресурсы организма строго детерминированы, они только тратятся и не восстанавливаются. Живые системы стареют под влиянием интенсивных жизненных процессов, а старение ускоряется или замедляется по законам физики в зависимости от динамики процессов на уровне клетки, тканей, целого организма. Сторонники теорий изнашивания доказывали, что все индивиды в популяции имеют приблизительно одинаковую продолжительность жизни, но ее фактическая граница определяется темпом изнашивания, при этом продолжительность жизни зависит от средней величины израсходованной энергии на килограмм веса индивида.

Свободнорадикальная теория старения. В последние годы наиболее плодотворно развивается свободнорадикальная теория старения, практически одновременно выдвинутая в 1956 г. Д. Харманом и в 1958 г. Н. М. Эмануэлем. Эта фундаментальная теория объясняет не только механизм старения, но и широкий круг связанных с ним патологических процессов (сердечно-сосудистые заболевания, возрастные иммунодепрессия и дисфункция мозга, катаракта, рак).

В те же годы Н. М. Эмануэль выдвинул гипотезу о том, что свободные радикалы могут играть роль в онкогенезе и росте опухолей. Он исходил из опыта многолетних исследований реакций окисления углеводов в жидкой фазе. Однако именно Харман был первым, кто сформулировал концепцию о роли свободных радикалов в старении.

В последние годы горячей темой стали исследования роли митохондрий в программированной гибели клеток – апоптозе. В межмембранном пространстве митохондрий был обнаружен особый белок, который при нарушении целостности внешней мембраны выходит в цитозоль и вызывает апоптоз. Более того, открывание мегапор, через которые выходит этот сигнальный белок, провоцируется ростом концентрации O_2 - и его продуктов. Химически активные продукты окисления в небольших концентрациях стимулируют апоптоз, а в больших – некроз. Так может осуществляться выбраковка клеток с плохими митохондриями, генерирующими слишком много радикалов.

Митохондриальная теория представляет собой частный случай свободнорадикальной теории. Митохондрия имеет свой аппарат репарации повреждений ДНК экзогенными и эндогенными агентами, в роли которых чаще всего выступают свободные радикалы, токсины, лекарства. В последние годы эта теория старения получила развитие, и в её основе лежат два следующих предположения. Во-первых, предполагается, что мутации митохондриальной ДНК (мтДНК) накапливаются с возрастом и могут достигать значительной частоты. Однако само по себе это предположение не может объяснить роль мтДНК в старении, поскольку каждая клетка содержит несколько митохондриальных геномов. Случайный мутагенез будет приводить к образованию смеси различных типов мутантных молекул и молекул дикого типа. Необходим специальный механизм, который сможет обеспечить создание достаточно высокой концентрации фенотипически значимых мутантов, способный преодолеть фенотипический порог. Во-вторых, предполагается, что мутации мтДНК распределяются таким образом, что каждая клетка содержит одну мутацию или, главным образом, один тип мутаций. При этом мутация может полностью реализовать свою потенциальную возможность нарушить физиологию клетки и тем самым активно вовлекаться в процесс старения.

Эволюционная теория старения говорит о том, что старение есть неизбежный результат низкой эффективности естественного отбора по признакам, проявляющимся в конце жизни. Первым ее придумал Питер Медовар, английский биолог, он получил Нобелевскую премию за работу по иммунологии. Дальше эта теория развивалась известным эволюционистом Джорджем Вильямсом. Суть ее в том, что если у человека происходят какие-то полезные изменения в генах, мутации, они дают преимущество и отбираются, оставаясь в популяции.

Теория расходуемой сомы была предложена Томасом Кирквудом в 1977 году в опубликованной статье «Эволюция старения» журнала Nature. Основные постулаты данной теории – возникновение старения из-за прогрессирующих ограничений в затратах организма на поддержание и репарацию сомы (соматических клеток), которые возникают благодаря конкуренции потребности в энергии с репродукцией. Старение, таким образом, происходит в результате накопления повреждений в клетках и тканях. В своей статье «Время нашей жизни» (2005) Томас Кирквуд пишет, что старение организма происходит, в том числе благодаря накоплению повреждений в организме. Одной из важных форм повреждений является увеличение мутаций митохондриальной ДНК с возрастом.

Антагонистическая плейотропия (англ. Antagonistic pleiotropy) – теория, описывающая один из механизмов возникновения старения с эволюционной точки зрения. Строго говоря, термин «антагонистическая плейотропия» означает пример плейотропии, то есть нескольких разных фенотипических эффектов одного гена, при котором этот ген имеет не просто разные, а противоположные эффекты.

Для иллюстрации предположим, что существует ген, который увеличивает фиксацию кальция в костях. Такой ген имеет позитивный эффект в молодом возрасте, так как снижает риск переломов, но негативный эффект в пожилом возрасте, из-за увеличения риска остеоартрита в связи с чрезмерной кальцификацией суставов.

Старение как медленный фенотоз. В ряде работ последних лет академик В. П. Скулачёв развивает концепцию фенотоза как механизма старения и запрограммированной смерти. Оригинальность идеи Скулачева в том, что в противовес мнению многих геронтологов о старении как о многофакторном процессе накапливающихся повреждений, он предлагает проверить гипотезу существования единой причины. Согласно теории Скулачева, клетка, совершив свой жизненный цикл, подвергшись действию неблагоприятных факторов (ионизирующее излучение, заражение вирусами и т. д.), трансформации в раковую клетку и др., должна сама себя уничтожить, совершить «самоубийство» – вступить на путь апоптоза. Самоубийство происходит не только на клеточном уровне – апоптоз, но и на субклеточном (например, разрушение митохондрий, при неправильном функционировании – митоптоз).

В. Скулачев выдвинул идею о том, что старение человека – это частный случай фенотоза, растянутый во времени. По его мнению, конечными исполнителями программы самоубийства являются имен-

но митохондрии, катализатором процесса – активные формы кислорода. Автор предложил использовать антиоксиданты с положительным зарядом, которые способны уничтожать активные формы кислорода внутри митохондрий. Анализ явления программируемой смерти, начиная с митохондрий (митоптоз) и кончая целым организмом (феноптоз) показал, что программа «самоубийства» свойственна всем объектам на всех уровнях организации живой материи. Эта программа выполняет важнейшие функции, обеспечивая: защиту клеток от поврежденных органелл; защиту тканей от поврежденных клеток; удаление тканей, временно появляющихся в онтогенезе; защиту сообщества организмов от нежелательных индивидуумов.

Теория маргинотомии. В 1971 году А. М. Оловников впервые указал на существование проблемы концевой недорепликации ДНК и сформулировал ее суть в виде так называемой теории маргинотомии. В серии теоретических работ Оловников предсказал факт укорочения концов хромосомной ДНК при удвоении нормальных соматических клеток, что позволило объяснить причину лимита клеточных удвоений – лимита Хейфлика. А. В. Макрушин заметил, что старение делящихся клеток не является причиной смерти от старости, поскольку она наступает до исчерпания репликативного лимита.

Нейроэндокринологическая (элевационная) теория старения и формирования возрастной патологии. К самым ярким и глубоко разработанным концепциям в геронтологии по праву следует отнести элевационную теорию старения и формирования возрастной патологии. В. М. Дильман в начале 50-х годов XX века выдвинул и обосновал идею о существовании единого регуляторного механизма, определяющего закономерности возникновения и развития в организме в процессе его онтогенеза различных гомеостатических систем. Таким механизмом, по его мнению, является возрастное повышение порога чувствительности гипоталамуса к регуляторным гомеостатическим сигналам.

Гормональная теория объясняет процесс старения как результат снижения активности эндокринных желёз, которые вырабатывают меньше гормонов с возрастом. Причём огромная роль в этом процессе принадлежит различным биохимическим веществам, которые регулируют процесс выделения гормонов. Главным регулятором выступает гипоталамус – железа, расположенная в головном мозге, что подчеркивает факт управления нервной системой самого гипоталамуса. В итоге эту теорию правильнее называть – нейроэндокриной. В молодом возрасте, пока идёт развитие и формирование организма, уров-

ни гормонов либо высокие (гормон роста), либо растут (половые гормоны). И если гормон роста годам к 25–30 снижается до минимума и в дальнейшем его снижение идёт незначительно, хотя и неотвратно, то эстрогены женщин в этом возрасте находятся на пике своей активности. Их снижение начинается примерно с 37 лет.

Теория стрессового повреждения – ее сущностью является старение как результат стресса. Автор этой теории – великий канадский физиолог и эндокринолог Ганс Селье. В 1970 году он опубликовал статью «Стресс и старение». На основе клинических и экспериментальных исследований инфекционных болезней выдвинул гипотезу общего адаптационного синдрома, согласно которой болезнетворный фактор запускает выработанные в процессе эволюции механизмы адаптации к раздражителю. Позже эта гипотеза была конкретизирована применительно к человеческому организму, что дало основание для выработки и развития понятия «психологический стресс». Селье не считал, что сам по себе стресс вреден, он рассматривал его как реакцию, помогающую человеку выжить. Позже (1931–1932) он назвал стресс неспецифической реакцией организма на любые раздражители. Представление о стрессе касается всех людей, больных и здоровых, преуспевающих и неудачливых, и всех сторон жизни. «Удалось показать, что стресс представляет собой скорость изнашивания человеческого организма, сопровождает любую жизнедеятельность и соответствует в определённом смысле интенсивности жизни. Он увеличивается при нервном напряжении, телесных повреждениях, инфекциях, мышечной работе или любой другой напряженной деятельности и связан с неспецифическим защитным механизмом, увеличивающим сопротивляемость к стрессовым факторам, или «стрессорам».

Теория стрессового повреждения перекликается с *эволюционной теорией* (так как адаптация приобретена в процессе эволюции и является промежуточным звеном для перехода к другому уровню), теорией изнашивания (так как адаптация приводит к изнашиванию организма) и эндокринной и элевационной теориями (так как адаптация достигается через каскад гормональных сигналов).

Теория аутоинтоксикации. Великий русский биолог, патолог, физиолог Илья Ильич Мечников говорил о том, что «... кишечная аутоинтоксикация – главное препятствие в достижении долголетия», он полагал, что застой каловых масс в кишечнике ведет к возникновению ряда заболеваний. Вредное влияние кишечной флоры сказывается в образовании раздражающих продуктов при разложении бактериями белковых веществ, особенно если они поступают в кишечник

в избыточном количестве. Помимо Мечникова, теории аутоинтоксикации придерживались Бетц, Сенатор, Бушар, Роже. Выраженная интоксикация возникает при условиях: малоподвижный образ жизни; питание рафинированной, преимущественно масляной пищей с резкой недостаточностью в ней овощей, зелени и фруктов (клетчатки); нервно-эмоциональные перегрузки, частые стрессы. Сейчас теория «кишечной аутоинтоксикации» имеет лишь историческое значение, хотя многие ученые связывают с ней возникновение различных заболеваний, например, псориаза. Как говорилось выше, эта теория уступила место интоксикации, вызванной повреждением белков и углеводов.

Старение как спонтанная потеря и изменение информации. Суть данной теории сводится к тому, что старение происходит из-за постоянных изменений информации в организме (системе), например, генетической информации в виде ДНК, и потерь информации в ходе этих изменений. Существуют еще минимум два механизма старения, вносящие свой вклад в старение целостного организма. Это, во-первых, изменение при старении обмена веществ (а также энергии и информации) с внешней средой и, во-вторых, повышение степени разнообразия для самых разных структурных элементов и связей в организме – «разрегулирование» целостной системы организма.

Теория ограниченности калорий. Данную теорию предлагает уважаемый геронтолог доктор Рой Уалфорд из Медицинской школы UCLA, который разработал высокопитательную низкокалорийную диету, продемонстрировав, что «недоедание» может существенно замедлить функциональный процесс старения. Человек в соответствии с этой программой постепенно теряет вес до момента достижения эффективности процесса обмена веществ, которая необходима для здоровой и продолжительной жизни.

Теория ограниченности числа клеточных делений. Один из любимых аргументов сторонников гипотезы генетически запрограммированного предела продолжительности жизни состоит в следующем: продолжительность жизни ограничена потому, что клетки организма могут совершить лишь ограниченное, строго определенное число делений, после чего погибают.

Теория скорости жизнедеятельности. Немецкий психолог Макс Рубнер, открывший взаимосвязь между скоростью обмена веществ и долголетием, впервые представил эту теорию в 1908 году. Она просто констатирует, что каждый из нас рождён с ограниченным запасом энергии. Если мы используем эту энергию медленно, то ско-

рость нашего старения замедляется. Если энергия расходуется быстро, старение ускоряется. Другие теории темпа жизни сосредотачиваются на таких ограничивающих факторах, как количество выдыхаемого кислорода и количество «израсходованных» ударов сердца. Следовательно, рекомендуется не тратить силы понапрасну.

Адаптационно-регуляторная теория. Модель старения, разработанная в 1960–1970-х гг. выдающимся украинским физиологом и геронтологом В. В. Фролькисом, основана на широко распространенном представлении о том, что старость и смерть генетически запрограммированы. «Исюминка» теории Фролькиса состоит в том, что возрастное развитие и продолжительность жизни определяются балансом двух процессов: наряду с разрушительным процессом старения разворачивается процесс «антистарения», для которого Фролькис предложил термин «витаукт» (лат. *vita* – жизнь, *auctum* – увеличивать). Этот процесс направлен на поддержание жизнеспособности организма, его адаптацию, увеличение продолжительности жизни. Представления об антистарении (витаукте) получили широкое распространение. Так, в США в 1995 г. состоялся первый международный конгресс по этой проблеме. Существенным компонентом теории Фролькиса является разработанная им генорегуляторная гипотеза, по которой первичными механизмами старения являются нарушения в работе регуляторных генов, управляющих активностью структурных генов и, в результате, интенсивностью синтеза закодированных в них белков. Возрастные нарушения генной регуляции могут привести не только к изменению соотношения синтезируемых белков, но и к экспрессии ранее не работавших генов, появлению ранее не синтезированных белков и, как результат, к старению и гибели клеток. В. В. Фролькис полагал, что генорегуляторные механизмы старения являются основой развития распространенных видов возрастной патологии – атеросклероза, рака, диабета, болезней Паркинсона и Альцгеймера.

«Фонтанная теория» была выдвинута А. М. Оловниковым в 2000 году. В ее основе лежат представления о регулирующей роли ионных каналов внутренней мембраны клеточного ядра. Нарушения их функции могут приводить к накоплению повреждений в хромосомах и ряду эпигенетических эффектов, таких как положение гена и трансекция, что может иметь значение в старении организма. Автор полагает, что по своему первичному механизму биологическое старение есть «болезнь количественных признаков», на течение которой влияет характер функционирования ионной модуляции транскрипционной

продуктивности генов. В 2003 г. А. М. Оловниковым была предложена оригинальная редусомная гипотеза старения и контроля за ходом биологического времени в индивидуальном развитии. Предполагается существование в клетках редусом – перихромосомных частиц, возникающих при дифференцировках в ходе морфогенетического развития организма. Подобно теломерной ДНК линейная ДНК редусомы с течением времени укорачивается. Поэтому крошечные редусомы прогрессирующе уменьшаются в размерах, отсюда и их название.

Термодинамический подход к старению. Сущность и причина старения известны давно – как проявление 2-го закона термодинамики для биологических систем. Фундаментальной причиной старения любых сложных систем является дискретность форм существования современных организмов на Земле – отграниченность от внешней среды, что ставит предел способности к внутренней эволюции организма с сохранением его качества как отдельной системы. В общем виде это известно как второй закон термодинамики, указывающий на неизбежность накопления со временем хаоса в любой частично открытой, ограниченной от внешней среды системе.

Теория насыщения жизнью и инстинкт смерти. Начало научному изучению старости положил в XIX веке И. Мечников. Он разработал теорию ортобиоза, в которой проанализировал проблему естественного, физиологического и преждевременного, патологического старения. Ученого интересовали продолжительность жизни и механизмы процесса старения, о которых он написал в своих книгах «Этюды оптимизма» и «Этюды о природе человека». Мечникову часто приписывают утверждение, что старость – это болезнь. На деле он писал о том, что большинство людей умирает от болезней, а не от старости как таковой. Мечников понимает старость как закономерный этап жизни. Степень старости выделяется в зависимости от насыщения жизнью. И если в восемьдесят лет такой момент ещё не наступает, то придёт время и в человеке, так или иначе, сработает «инстинкт «смерти»».

Белковая теория старения является одной из основных теорий старения человека. Человеческий организм состоит из белков. Они нам жизненно необходимы для восстановления и обновления клеток. Проблема состоит в том, что свободные радикалы, которые постоянно образуются в нашем организме, повреждают белки. Молекулы белка, поступающие с пищей, тоже блокируются и поэтому не могут быть использованы. В результате они становятся бесполезной «кучей мусора», которая закупоривает клетки. Это загромождение ненужными белками и приводит к старению и смерти.

Теория теломеразы. Это самая новая и одна из самых многообещающих теорий, объясняющих причины старения и возможные способы его замедления. Теломеры – это концевые участки хромосом. Они помогают поддерживать целостность хромосомы и становятся немного короче каждый раз, когда происходит деление клетки. Через определенное время они становятся настолько короткими, что происходит неизбежное повреждение ДНК и гибель клеток, что обычно связывается с процессом старения. Укороченные теломеры можно восстанавливать с помощью фермента теломеразы, который содержится только в раковых и зародышевых клетках, таких как клетки спермы. Теломеры – это своеобразные отрезки ДНК и белки, которые защищают концы хромосом, содержащихся в клеточном ядре. Эти своего рода наконечники становятся немного короче при каждом делении клетки, и когда они, в конце концов, делаются слишком короткими, клетка умирает или прекращается ее деление – это вызывает процесс, который называется сенесценцией, или старением.

1.3. Социальные теории старения

Теория социального освобождения или разобщения (от англ. disengagement, которое означает освобождение) выдвинута в 1960 году авторами Дж. Розеном и Б. Ньюгартен (Rosen, Neugarteri), Е. Каммингом и В. Генри (Cumming, Henry) в 1962 г. Эта теория предполагает разрыв между личностью и обществом, уменьшение энергии личности и ухудшение качества оставшихся связей. В своей наиболее простой и грубой форме теория разобщения утверждает, что уменьшающиеся психологические и биологические возможности людей позднего возраста неизбежно влекут за собой разрыв отношений с людьми, находящимися на пике активности и занимающими центральные позиции в обществе, и замещение их мест более молодыми. Таким образом, общество самообновляется, а пожилые могут спокойно умирать. Социальное освобождение – это удаление общества от индивида (через принудительную пенсию, взросление и самостоятельность детей, смерть близких и т. п.) и удаление индивида от общества (через снижение социальной активности и более одинокой жизни). Согласно данной теории любой пожилой человек сокращает свое жизненное пространство, количество исполняемых ролей и обращается к внутреннему миру, готовясь к смерти. Естественно, что если принять эту концепцию как достоверную, то вопрос о какой-

либо помощи пожилым людям, вовлечении их в социальную жизнь, дискриминации и т. д. сам собой отпадает. Зачем оказывать помощь тому, кто в ней не нуждается? Зачем пытаться интегрировать в общество тех, чье «естественное» желание – от него удалиться?

Однако многие авторы подвергают критике эту теорию, так как описание освобождения как естественного и неизбежного процесса не соответствует реальности. Исследование Shanias (1968) показало, что если пожилой человек остается здоровым и имеет разумный уровень дохода, то его активность ни в коей мере не снижается, а остается на прежнем уровне. Д. Б. Бромлей критикуя теорию социального освобождения, выдвинул следующие замечания: во-первых, подобная точка зрения на процесс старения актуализирует политику сегрегации, даже равнодушия к людям позднего возраста и провоцируют деструктивное убеждение, что пожилой возраст не так уж важен; во-вторых, теория социального освобождения в действительности не является истинно теорией, скорее прототеорией (набор близких обобщений и аргументов); в-третьих, действительно ли каждый пожилой человек нуждается в освобождении. Несмотря на то, что выход на пенсию приводит к потере социальных отношений (когда дети выросли или близкие умерли), отношения с другими (особенно с внуками, соседями, друзьями) несколько заменяют утраченные. На поздних этапах жизни качество активности и отношений может стать более важным, чем их количество.

Теория модернизации, возникшая на Западе и описывающая изменение положения пожилых людей в обществе и отношение к ним как результат модернизации, технизации современного общества. Процессы интенсивного развития новых производств, урбанизация, повышение грамотности, массовое образование, успехи здравоохранения повлекли за собой увеличение доли пожилых людей в обществе, их ранний выход на пенсию, потерю рабочих мест пожилыми людьми, снижение доходов. Накопленный опыт в условиях модернизации производства середины XIX и начала XX в. оказался ненужным, не востребованным обществом. Авторитет старых людей в семье резко упал. Однако с конца XVIII в., задолго до развития модернизации, начались принудительный процесс преждевременного выхода на пенсию чиновников и продажа почетных мест в общественных учреждениях, в церкви. Эти и другие противоречивые факты, например оценка и учет возраста в трудовой деятельности, военной службе, политической дееспособности: увеличение возраста, когда это выгодно (XVIII в.), и его уменьшение, когда это невыгодно (XIX в.), указы-

вают на несостоятельность модернизации как фактора, однозначно формирующего отношение общества к старым людям.

Теория активности. Стареющая личность должна поддерживать те же контакты и активность, которые были ей свойственны в среднем возрасте. Старение воспринимается как «борьба за сохранение среднего возраста» до конца жизни. По своей сути теория активности является полярной к вышеуказанным теориям разобщения и модернизации.

Теория развития и непрерывности жизненного пути. Старый человек должен сохранять свой жизненный опыт, усвоенные роли и функции, свои привычки, т. е. сохранять прежний стиль жизни. Нормальное старение возможно лишь при разносторонней адаптации к новым условиям и сохранении прежнего положения сразу в нескольких областях деятельности.

Теория маргинальности. Старых людей выделяют в некую отдельную, изолированную прослойку общества. Она представляет старость как состояние девиантности. Взгляды молодых и зрелых членов общества на положение старых людей совпадают: они считают представителей старшего поколения бесполезными, маргинальными, утратившими прежние способности, уверенность в себе и чувство социальной и психологической независимости. Основной характерной чертой старости является пассивность. Поэтому, по мнению последователей этой теории, трудоспособная и активная часть общества должна разрабатывать социальные программы для улучшения жизни пассивных старых людей. Описанные «негативные теории старения» рассматривают старость и связанные с ней процессы как аномальные, неприемлемые в социальной жизни общества, а стариков как отживших или доживающих свой век. Соответственно, социальная политика государств, чье руководство явно или неявно придерживается описанной точки зрения, либо не замечает стариков, либо, в лучшем случае, направлена на оказание материальной поддержки и развлечение пожилых людей. А это значит, что социальные программы будут поддерживать в стариках чувство неполноценности и ущербности.

Теория возрастной стратификации. Все общество представляет собой совокупность возрастных групп. Разные ролевые функции, права, привилегии определяются возрастом. Общество разделено в возрастном и социальном отношениях. В рамках этой теории на первом плане рассматриваются проблемы общественного статуса старых людей, индивидуальный переход из одной возрастной страты в другую, механизмы распределения социально-возрастных ролей, взаимоотно-

шения с другими возрастными группами. Пожилые люди в большинстве своем не участвуют в деятельности «систем власти и влияния». Они утрачивают престиж, связанный со сферой занятий.

1.4. Психологические теории старения

Теория З. Фрейда, который пытался расправиться с проблемой «влечения к жизни» и «влечения к смерти». По Фрейду, влечение к смерти (Todestriebe) – это присущие индивиду, как правило, бессознательные тенденции к саморазрушению, к возвращению в неорганическое состояние. В полном соответствии с гегелевской диалектикой влечения к жизни и влечения к смерти противоположны и едины в одно и то же время. Ища подтверждения своих идей в работах биологов, Фрейд говорит об удивительном сходстве предложенного немецким генетиком А. Вейсманом деления на смертную сому (тело в узком смысле) и бессмертную (при определенных условиях) зародышевую плазму с делением на влечения к смерти и к жизни.

Теория Э. Кюблер-Росс. Доктор Элизабет Кюблер-Росс (США), рассматривающая мир в «бинокль Фрейда и Юнга», пишет: «Если мы обернемся назад и обратимся к культурам прошлого, то увидим, что смерть во все века воспринималась человеком как несчастье, и, очевидно, так будет всегда. Для психиатра это совершенно очевидно и, вероятно, может быть лучше объяснено в терминах нашего понимания бессознательной части «я»; для несознающего разума смерть по отношению к себе самому совершенно невысказана. Для нашего бессознательного невысказано вообразить реальный конец собственной жизни здесь, на земле, и, если эта наша жизнь должна закончиться, конец всегда связывается с вмешательством злобных сил извне.

Теория Э. Фромма. По мнению психоаналитика Э. Фромма, избавиться от страха перед смертью – все равно, что избавиться от собственного разума. В книге «Человек для себя» он пишет: «Сознание, разум и воображение нарушили «гармонию» животного существования. Их появление превратило человека в аномалию, каприз универсума. Человек – часть природы, он подчинен физическим законам и не способен изменить их; и все же он выходит за пределы природы... Брошенный в этот мир в определенное место и время, он таким же случайным образом изгоняется из него. Осознавая себя, он понимает свою беспомощность и ограниченность собственного существования. Он предвидит конец – смерть».

Теория Л. Уотсона. Некоторые исследователи считают, что страх смерти не врожденное, а приобретаемое в ходе жизни свойство психики. Л. Уотсон, например, просматривая литературу по проблемам психологической реакции человека на смерть, был поражен тем фактом, что «страх смерти возникает только у взрослых людей и только у тех, кто имеет время для размышлений на эту тему».

Теория Г. Фехнера. Основатель экспериментальной психологии Г. Фехнер говорил, что человек живет вовсе не один раз, а три раза. Первый раз он живет 9 месяцев в утробе матери, он в одиночестве, и он спит. И в это время создаются органы его тела, которые принадлежат еще биосфере. Потом он рождается, он переживает свое рождение, как смерть, вы понимаете, почему. Ребенок задыхается, он отрывается от матери и, пока у него не раскрылись легкие, с ним происходит нечто подобное агонии.

И вот наступает вторая жизнь. Здесь уже сон чередуется с бодрствованием, здесь уже не одиночество, а общение с определенным кругом людей. Здесь физический биосферный элемент человека расцветает до конца и довольно быстро начинает увядать. Но здесь же развивается, раскрывается, обогащается и растет или, точнее, может расти его духовное начало.

И потом наступает третья жизнь. В ней нет сна, это вечное бодрствование. И она распахнута для бесчисленного количества духовных существ. Пророки, ясновидцы, мистики, да и каждый человек в особые моменты своей жизни может пережить на секунду такие мгновения, когда «внял я неба содроганье, и горный ангелов полет, и гад морских подводный ход, и дольней лозы прозябанье». В такое мгновение кажется, что вся вселенная вмещается в тебя. Соприкосновение этому опыту будущего, космического сознания – это то, что ожидает человека. Но ожидает его не даром, а как результат его упорного труда.

1.5. Иммунные теории старения

Аутоиммунная теория. Иммунная система – это наш основной и самый эффективный механизм защиты от инфекций и заболеваний. Иммунная система организма защищает его от различных болезней, в том числе от рака (аутоиммунная защита от рака груди). Главными компонентами иммунной системы являются белые клетки крови двух типов: В и Т. В-клетки специализированы для борьбы с бактериями, ви-

русами и раковыми клетками: они выделяют белки, называемые антителами, которые прикрепляются к болезнетворным организмам и способствуют их разрушению. Т-клетки в первую очередь атакуют и разрушают чужеродные тела, например раковые клетки и трансплантаты.

Липидная теория старения. Рассмотрим организм как многоплановую систему. С одной стороны, это информационная система – сознание, регуляция, геном, а с другой – термодинамическая. Старение и смерть связаны с термодинамикой. Термодинамическая система – это система, расходующая энергию. Тут необходимо определить понятие хаоса. Согласно изначальному смыслу, хаос – это однородная среда. С этой точки зрения старение – это хаотизация, движение к однородности.

Математическая модель старения А. Г. Голубева. Им была модифицирована предложенная Стрелером и Милдваном модель экспоненциальной зависимости удельной смертности, что позволило объяснить компенсационный эффект смертности как проявление молекулярных механизмов старения на популяционном уровне. Предполагается, что превышение скорости нарастания смертности от какой-то одной причины над остальными приводит к более быстрому исчерпанию поколений популяции, при этом отпадает необходимость поддерживать скорости снижения других функциональных возможностей на прежнем уровне.

Математическая модель старения А. В. Халявкина. Данная теория предполагает, что в условиях неадекватной внешней среды старению подвержены даже примитивные нестареющие организмы. Эта же простая причина может лежать в основе старения и более сложных организмов, для жизненных циклов которых характерны повторные репродукции. Подчеркивается, что, во-первых, соматические стволовые клетки проявляют свойства потенциально нестареющих самоподдерживающихся систем. Во-вторых, корреляция Стрелера–Милдвана между параметрами статистики смертности людей, живущих в разных странах (условиях), совпадает с картиной смертности, ожидаемой в гипотетических популяциях потенциально нестареющих особей, которые, тем не менее, должны испытывать старение из-за функционирования в условиях, в разной степени препятствующих полному самоподдержанию организмов.

Математическая модель старения А. В. Макрушина. Автором было замечено, что не старение делящихся клеток является причиной смерти от старости, поскольку она наступает до исчерпания репликативного лимита.

Механическая теория старения. Считается, что все системы в процессе своей деятельности во времени и в пространстве подвергаются инволюции и атрофии. На уровне клетки, тканей, органа и целого организма все живые системы стареют. Темп изнашивания определяется расходом энергии на кг веса индивида. Согласно этой теории все индивиды в популяции имеют одинаковую продолжительность жизни.

Редусомная теория Оловникова. Согласно ей организм сначала развивается, а после достижения зрелости стареет благодаря цепи событий, начинающейся с укорачивания концевых участков ДНК, входящей в состав небольшой еще неоткрытой частицы клеточного ядра – редусомы.

Теория старения А. Адлера – теория, согласно которой ситуация снижения физических и физиологических возможностей в старости приводит к неспособности вести прежний образ жизни, к необходимости от чего-то отказываться, что-то менять, вследствие чего появляется стремление к компенсации.

Теория приобретённой неупорядоченности. С момента зачатия до полового созревания наш организм подвергается воздействию «системы установленного порядка». Мы, по утверждению Л. Хэйфлика, «направляем большую часть нашей энергии на выполнение генетически определённого плана упорядоченного производства и организации громадного числа разнообразных молекул». Однако после полового созревания эффективность этой энергии начинает уменьшаться. В молекулах начинается беспорядок, который, в свою очередь, заставляет другие молекулы делать ошибки. Эти хаотические изменения в наших клетках, тканях и органах вызывают старение. Упомянутая неупорядоченность различна для разных людей, это может быть причиной того, что органы и ткани человека разрушаются с разной скоростью.

Теория гормона смерти (ДЕКО). В отличие от других клеток, клетки мозга, или нейроны, не реплицируются. Мы рождаемся примерно с 12 миллиардами таких клеток, и на протяжении жизни из них погибает примерно 10 %. Доктор Денер Денкла, эндокринолог, был убеждён, что «гормон смерти», или ДЕКО (гормон, уменьшающий потребление кислорода), вырабатываемый гипофизом, способствует потере нейронов. В результате происходят изменения скорости обмена веществ и ускоряется процесс старения.

Теория резервных ДНК. Как и теория ошибок и восстановления, теория резервных ДНК считает виновными в возрастных изменениях

ошибки, накапливаемые в генах. Доктор Ж. Медведев из Национального института исследований в Лондоне предположил, что продолжительность различных видов может являться функцией степени этих повторяющихся генетических ошибок.

Теория соматических мутаций. Среди современных теорий старения, основанных на предположении, что ДНК является основной мишенью повреждающих агентов в клетке, доминирует теория соматических мутаций, согласно которой старение – результат взаимодействия различных эндогенных и экзогенных повреждающих агентов с генетическим материалом клетки и постепенного накопления случайных мутаций в геноме соматических клеток.

Теория генетического контроля. Эта теория основывается на идее о том, что мы являемся жертвами запрограммированного процесса старения, т. е. определенная продолжительность жизни и время наступления смерти «запланированы» ДНК.

Теория накопления клеточных отходов. Эта концепция базируется на том факте, что клетки организма производят такое большое количество отходов, что они не могут избавиться от них в течение всей своей жизни. Эти отработанные продукты содержат разнообразные компоненты, включая токсины, которые неблагоприятно влияют на функционирование клетки и, в конечном счете, приводят к ее гибели, когда достигают определенного уровня концентрации.

Теория биологических часов. Почти сорок лет назад биологи, изучавшие природу клетки, пришли к выводу о том, что многие типы клеток управляются особыми биологическими часами, которые ограничивают продолжительность их жизни. Например, в результате их исследований стало известно о том, что человеческие клетки «фибробласты», которые обнаружены в легких, сердце, мышцах и коже, делятся приблизительно пятьдесят раз в течение человеческой жизни, и затем этот процесс прекращается.

Теория субкультуры. Согласно этой теории культура становится стержнем, объединяющем людей пожилого возраста, создаёт особую близость между ними и в то же время обособливает их от других возрастных когорт. Её автор А. Роуз утверждает, что у людей старших возрастов существует особая культура, отличная от других возрастных групп – собственная субкультура

Теория структурной зависимости. Данная теория связывает зависимое состояние пожилых людей и ограниченный доступ к социальным ресурсам, особенно в сфере получения доходов. Согласно этой теории, бедность и зависимость пожилых людей объективно

обусловлены их отторжением от материальных и социальных ресурсов общества.

Ролевая теория. Пожилые люди должны быть подготовлены к новым ролям, свойственным их возрасту, и потере прежних. В некоторых случаях потеря роли может сделать человека независимым при сохранении положительного эффекта, но при условии, что пожилой человек приобретает новые интересные для него социальные роли.

Теория обмена ролями. В 1968 году учеными Б. Л. Нойгартеном и Д. Гуттманом была предложена идея о том, что с возрастом мужчины и женщины меняются ролями. Женщины становятся агрессивными и напористыми, а мужчины более зависимыми.

Теория событий жизни. Она фокусируется на различных моделях событий жизни, стрессах, депрессиях, которые они вызывают. В. А. Фокин и И. В. Фокин выделяют две модели событий жизни: переходная эпоха и стабильные социальные условия.

Теория стимулирования вилочковой железы. Тимус (вилочковая, или зобная, железа), который расположен в основании шеи над областью сердца, играет важную роль в развитии иммунной системы. При рождении эта железа имеет очень большие размеры, но по мере взросления и старения она постепенно сжимается до тех пор, пока не прекращает функционировать совсем.

Теория старения Э. Эриксона. Согласно этой теории личность в старости является как продуктом более раннего поведения, так и текущей ситуации.

Теория старения К. Юнга – теория, объясняющая успешность, адаптивность старения, показывает, насколько человек оказывается подготовленным к вступлению в новую фазу жизни, к тем задачам, которые несет с собой поздний возраст.

Теория «старения по ошибке» была выдвинута в 1954 г. американским физиком М. Сциллардом. Исследуя эффекты воздействия радиации на живые организмы, он показал, что действие ионизирующего излучения существенно сокращает срок жизни людей. Его последователь Л. Оргель считал, что мутации в генетическом аппарате клетки могут быть либо спонтанными, либо возникать в ответ на воздействие агрессивных факторов – ионизирующей радиации, ультрафиолета, воздействия вирусов и токсических (мутагенных) веществ. С течением времени система репарации ДНК изнашивается, в результате чего происходит старение организма.

Теория перекрестных связей (Й. Бьеркстен, 1942). Данная теория сосредоточилась на коллагене – главном белке кожи, костей,

хрящей, сухожилий и связок. С годами коллаген обрастает «перекрестками», соединяясь с соседними белками особыми связями. Этому способствует в том числе и сахар, который буквально «склеивает» протеины. Из-за перекрестных связей питательные вещества не могут попасть в клетки и засоряют пространство между ними. И вот результат: в молодости не обросший «перекрестными связями» коллаген мягок и гибок, в старости же похож на лестницу, заваленную мусором. Образование поперечных связей происходит так же тогда, когда органы пожилого человека не способны утилизировать молекулы глюкозы.

Теория социальной изоляции, в основе которой лежат изменения в организации жизни пожилого человека. Основным изменением считается выход на пенсию, что приводит к естественному сворачиванию социальных связей и коммуникаций. Вместе с тем к этому же времени происходят отдаление детей, приобретающих самостоятельность, потеря близких и знакомых людей в результате их смерти, меняются возрастные требования в семье.

Теории возрастных ценностных асимметрий. Исследователи сосредотачивают свое внимание на анализе возрастных ценностных асимметрий в обществе. Речь идет о размерах и способах получения дохода, об открытости социальных позиций, дающих доступ к воздействию на различные общественные процессы. Авторы указывают на то, что пожилые люди дистанцированы от власти, богатства и престижа и занимают маргинальное положение. Возрастная асимметрия проявляется в общественном сознании как смена приоритетов, связанных с упразднением позитивного образа респектабельной старости, престижа солидных манер пожилых и усилением значимости юношеских ценностей, спортивных игр и развлечений, преклонением перед культом богатства и успеха.

Теория профилизации личности. В этой теории анализируются стиль жизни, позиции и социокультурные ориентации каждого человека. Проводится анализ индивидуальных реакций в пожилом возрасте. При этом сохранение жизненной активности рассматривается как позитивный фактор, подчеркивается, что люди с активными жизненными позициями готовы к изменениям и рассматривают их не как угрозу, а скорее как вызов своим возможностям. Квиентистская позиция (безучастие, пассивное отношение к окружающему) часто оборачивается стремлением переложить свои проблемы на кого-то другого.

Теория накопления мутаций. Теорию выдвинул П. Медавар, согласно которой после завершения репродуктивной функции организма сила естественного отбора, поддерживающего жизнеспособность,

уменьшается так быстро, что разрушительные мутации не могут эффективно устраняться. Накопление мутаций приводит к физическим нарушениям организма и, как следствие, его смерти.

Контрольные вопросы и задания

1. Какова классификация теорий старения?
2. Охарактеризуйте биологические теории старения.
3. Каково содержание социально-психологических теорий старения? Проанализируйте их.
4. Перечислите иммунные теории старения.
5. Назовите социально-геронтологические стереотипы общества.

Глава 2
**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ
В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ**

**2.1. Концепция качества жизни лиц пожилого
и старческого возраста в мире и России**

Постоянное возрастание доли пожилых во всем мире становится серьезной социально-демографической тенденцией большинства развитых стран. Так, по данным Организации Объединенных Наций (далее – ООН) в 1975 году в мире проживало приблизительно 550 млн человек в возрасте 60 лет и старше, по прогнозам к 2025 году их количество достигнет 1 млрд 100 млн человек. Наблюдается резкое увеличение удельного веса пожилых людей и в структуре населения России, что составляет примерно 23 %, почти каждый пятый житель, т. е. 33,1 млн человек находится в возрасте старше трудоспособного. Только за прошедшие десять лет их число увеличилось на 3 млн человек, число людей в возрасте 75 лет и старше увеличилось в 2,6 раза, более чем в 3 раза в возрасте 85 лет и старше. Происходит процесс постарения в рамках самой старости. На первое место выходит группа 80-летних. Ученые, занимающиеся проблемами народонаселения, утверждают, что этот процесс в нашей стране будет продолжаться не одно десятилетие.

Наша страна занимает одно из последних мест в Европе по продолжительности жизни. По прогнозам ООН к 2050 году численность населения в России сократится. Встанет остро проблема приспособления пожилых к новому социальному статусу. На данный момент в науке мало изучены вопросы, касающиеся людей пожилого возраста, большая группа которых нуждается в основательной материальной, социальной и психологической поддержке.

Несмотря на то, что сегодня в России один из самых низких порогов окончания трудовой жизни, статус пенсионера остается низким и зависимым. Пожилым людям свойственно обладать многими качествами, но есть одно, которого нет и не может быть у других поколений. Это – мудрость жизни, знаний, ценностей. Именно мудрость, свойственная пожившему достаточно на этой земле, может явиться мощнейшим стимулом и фактором развития общества. Необходимость сохранения активной жизни, улучшения структуры жизнедеятельности в пожилом возрасте – одна из актуальных тем современных научных исследований.

Термин «качество жизни» появился в 20-е гг. XX в. в западных теориях. Основоположниками концепции качества жизни считаются Э. Мэйо, А. Маслоу, Д. Мак-Грегор и др. В России в доперестроечный период использовались термины «благосостояние», «образ жизни», «уровень жизни». Сейчас наряду с понятием «уровень жизни» используются и такие понятия, как «качество жизни» и «качество трудовой жизни», часто как синонимы первого, а иногда и в более широком значении. При этом понятие «качество жизни» по содержанию шире, чем понятие «качество трудовой жизни». На качество жизни людей влияют экономические, социальные, демографические, политические и другие факторы. При этом важно принимать во внимание, как сам человек оценивает качество своей жизни: возможности саморазвития и творчества, положение своей семьи в обществе, ее финансовое состояние, жилищные условия.

Качество жизни обеспечивает совокупность условий, влияющих на жизнедеятельность человека, которые могут быть представлены в виде набора факторов, формирующих эти условия, которые неодинаково и в разной степени обеспечиваются различными нациями в зависимости от уровня развития производительных сил общества, определяющих эффективность экономики и благосостояние людей, социальных, внутриполитических, геополитических, исторических условий, уровня развития демократии, технического прогресса в его применении в экономике и повседневной жизни населения, культурно-этнических и природно-экологических особенностей их существования и развития.

В России в период становления рыночных отношений наблюдалось снижение качества жизни населения из-за резкого обесценивания труда рабочей силы, когда труд средней и высокой квалификации не обеспечивал условия нормальной достойной жизни. Задача повышения цены рабочей силы определяется необходимостью улучшения уровня и качества жизни населения в условиях выхода из кризиса. Положительные изменения в сфере оплаты труда возможны только на основе государственного регулирования гарантированного уровня заработной платы, занятости, социального обеспечения.

Разноплановость понятия «качество жизни» обусловлена многообразием показателей, последние могут характеризовать отдельный элемент качества жизни или всю совокупность.

В контексте изложенного термин «качество жизни» приобретает всё большее признание и используется в формировании гуманистической социальной политики и решении её проблем в связи с необходи-

мостью адаптации человека к изменившимся условиям существования при старении, появлении и прогрессировании заболеваний, свойственных старости.

Кроме того, следует учитывать, что с 1940-х годов современная медицина пережила три революции, причём третья, начавшаяся с 1980-х годов, проявилась тенденцией к оценке результатов медицинской помощи по конечному результату, в котором особое значение придаётся качеству жизни (КЖ) реконвалесцентов в ближайшем и отдалённом периодах.

Одновременно происходит возрастание значения понятия качества жизни для этой части населения Земли. В частности, директор Российского геронтологического научно-клинического центра Министрства здравоохранения РФ, академик РАМН В. Н. Шабалин относит изучение роли качества жизни пожилых людей в формировании здоровья к числу приоритетных направлений фундаментальных и прикладных научных исследований.

Особую актуальность проблемы качества жизни в геронтологии и гериатрии подчеркивает то, что ежегодная международная конференция по проблемам «третьего возраста» носит соответствующее название: «Пожилкой больной. Качество жизни». В свою очередь, этот возраст не является однородным понятием – в соответствии с классификацией ВОЗ (1963 г.) возраст 60–74 года считается пожилым, 75–89 – старческим, а 90 лет и старше – периодом долгожительства. В историческом плане представляет несомненный интерес то, что одной из первых статей с упоминанием понятия КЖ стало именно описание 90-летнего пациента-долгожителя, наслаждавшегося вечеринкой по поводу празднования его юбилея.

С одной стороны, понятие качества жизни относительно новое, с другой – широко применяемое в медицине; измерительные процедуры свидетельствуют о давнем и широком применении изучения качества жизни. Исторически сложилось так, что измерение качества жизни производится двумя способами: измерением объективных условий жизни и субъективных её оценок. Потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Соответственно, оценка качества жизни выступает в двух формах: в аспекте степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и в отношении субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности.

Технически оценка качества жизни проводится методом суммирования рейтингов тщательно выстроенных взаимосвязей стандарт-

ных вопросов и ответов на них, данных респондентами. Следует отметить, что результаты исследования качества жизни в определенной степени зависят и от способа проведения анкетирования – интервьюирование или самостоятельное заполнение анкеты, однако, несмотря на все сложности, метод является одним из основных средств контроля эффективности проводимой у больных длительной базисной терапии и их социальной адаптации в обществе. Если ориентироваться на технологию вычисления КЖ, то его можно определить как интегративный показатель, суммирующий большое количество физических и психологических характеристик, отражающих в результате способность пациента адаптироваться к заболеванию. Понятие качества жизни, безусловно, следует признать теснейшим образом связанным с определением здоровья, данным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – состояние полного физического, социального и психического благополучия человека, а не просто отсутствие заболевания».

Качество жизни является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. В соответствии с приведённым определением здоровья, ВОЗ определяет качества жизни как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства. Как видно, фундаментальными свойствами качества жизни являются многокомпонентность и субъективизм в оценке.

По определению ВОЗ «качество жизни» – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Качество жизни определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими.

Согласно мнению ООН, социальная категория качества жизни включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов качества жизни, при этом здоровье также поставлено на первое место. Следовательно, качество жизни, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии.

Существует понятие «качество жизни, обусловленное здоровьем», оно позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи из общей концепции качества жизни. В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем: физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность); окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информации, возможность обучения, быт). Интегральная содержательная характеристика образа жизни индивида или социальной группы, обычно используемая при их сопоставлении с другими индивидами или группами, отражает общую удовлетворенность жизнью, удовлетворение важнейших сторон жизнедеятельности и потребностей, уверенность в завтрашнем дне, наличие реальных перспектив социального продвижения и возможности для развития задатков и способностей, полноту участия в жизни общества, состояние удовлетворения материальных и культурных потребностей людей, характеризующееся посредством сопоставления со стандартом.

Учитывая, что методологические установки для изучения качества жизни выдает философская антропология, а конкретные знания формируют медицинские науки, приведем совместное определение качества жизни ученым-медиком и философом с интеграцией в нём первично-социологического и вторично-медицинского подходов. Оно звучит следующим образом: «Качество жизни – это адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу».

N. K. Wenger предложил сходное по смыслу определение качества жизни: это «удовлетворённость от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием». Медицинская энциклопедия качества жизни, изданная в США, даёт более простое определение: «Качество жизни – степень удовлетворения человеческих потребностей». Известный автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) P. W. Jones корректирует определение качества жизни с точки зрения врача. Оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием». Имеющееся множество определений качества жизни – яркое свидетельство отсутствия единого подхода к формулировке понятия качества жизни. Понятие качества жизни в последнее

десятилетие переживает в медицине настоящий бум. С одной стороны, оценка тяжести заболевания и эффективности лекарственных препаратов и реабилитационных мероприятий должна включать оценку качества жизни. С другой – зачастую происходит манипулирование этим понятием, так как не все методологические и методические аспекты его использования корректны.

Выделено несколько вариантов неверного применения понятия качества жизни: в роли индикатора уровня функционального состояния пациента, который является лишь одной из составных частей более сложной категории – качества жизни; в качестве критерия степени тяжести болезни, что ошибочно, поскольку показатель качества жизни отражает лишь субъективную оценку пациентом влияния болезни на его жизнь; попытки исследователей подтвердить субъективное мнение пациента «объективными» оценками «сторонних наблюдателей» (например, оценкой качества жизни больного медработниками, у которых србатывает «синдром благодетеля», или родственниками, у них возникает «синдром опекунства»); построение системы доказательств на единственном показателе качества жизни, что неправильно, так как качество жизни является многокомпонентной структурой, и задача исследователя как раз и заключается в оценке всех составляющих её критериев; при недостаточном снабжении лечебно-профилактических учреждений лекарственными средствами и высоких ценах на них в аптеках высказывается мнение о нецелесообразности использования материального благополучия в качестве обязательного условия самоактуализации личности, в то время как ВОЗ официально рассматривает качество и доступность медицинской помощи как важные факторы, влияющие на качество жизни больных.

Понятие качество жизни, используемое в социологии, экономике, политике, медицине и некоторых других областях, обозначающее оценку некоторого набора условий и характеристик жизни человека, обычно основано на его собственной степени удовлетворённости этими условиями и характеристиками. Оно является более широким, чем материальная обеспеченность (уровень жизни), и включает также такие объективные и субъективные факторы, как состояние здоровья, продолжительность жизни, условия окружающей среды, питание, бытовой комфорт, социальное окружение, удовлетворённость культурных и духовных потребностей, психологический комфорт, а также удовлетворенность ощущением собственного физического и психического благополучия и предусматривает участие в оценке не только таких (не участвующих в оценке уровня жизни) объективных факто-

ров, как качество воды или воздуха, расстояние до курортов или наличие и доступность культурных учреждений, но и глубоко субъективных факторов, как, например, удовлетворённости отдельных индивидов своей жизнью. Термин используется в самых различных областях, в том числе в области международного развития, философии, здравоохранения и политологии. Индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустройства, понятие, включающее в себя определенный набор необходимых параметров и условий жизни, оценку или степень удовлетворенности их реальным состоянием у индивидов и общества.

Резюмируя изложенное, следует признать наиболее актуальным определение качества жизни, предложенное ВОЗ. Вероятно, при рассмотрении понятия качества жизни в аспекте конкретных проблем могут быть использованы и другие его определения, базирующиеся на других методологических основах.

2.2. Методология изучения качества жизни пожилых людей

Несмотря на отсутствие единой дефиниции понятия качества жизни, и в России и за её пределами сложилось чёткое представление о составляющих его компонентах. Считается, что понятие качества жизни объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но коррелирующих друг с другом областей: физической (физическое самочувствие – комбинация проявлений здоровья и/или болезни); функциональной (функциональные возможности – способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его потребностями, амбициями и социальной ролью); эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса); социальный статус (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми).

Установлено, что среди 15 наиболее важных компонентов понятия качества жизни значатся здоровье и понимание самого себя,

а среди наиболее высоко коррелирующих с качеством жизни в целом – материальный комфорт, здоровье и активный отдых (развлечение). Следует согласиться с тем, что приведенные выше многочисленные определения КЖ в полной мере относятся к пожилым людям и старикам. Вместе с тем следует отметить, что главной составляющей понятия качества жизни для них, прежде всего, является доступность медико-социальной помощи.

Развивая эту мысль, можно высказать более подробную характеристику взгляда на составляющие понятия качества жизни в приложении именно к пожилым людям: это доступность медико-социальной помощи как комплекса медицинских и социальных услуг, предоставляемых больным пожилого возраста в учреждениях медицинского профиля и на дому и оказываемых профессиональными коллективами, состоящими из врачей, медсестёр, социальных работников, психологов, трудотерапевтов и ухаживающего персонала. Для пожилых людей качество жизни – это улучшение социального обслуживания с повышением его качества и усиление социальной защищенности граждан старшего поколения, улучшение качества медицинского обслуживания, развитие коммуникативных способностей пожилых граждан, их культурное, досуговое обслуживание.

Таким образом, качество жизни пожилого человека напрямую зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов и чрезмерной озабоченности, организованности досуга, уровня образования, доступа к культурному наследию, социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению, психотипа и адекватности коммуникаций и взаимоотношений; степени развития и полноты удовлетворения комплексом потребностей и интересов людей, проявляющихся в различных формах деятельности и жизнеощущении.

Использование такого понимания качества жизни предполагает ориентацию медико-социальных структур не только на проведение различных лечебно-профилактических мероприятий (медикаментозное и оперативное лечение, реабилитация), но и на поддержание такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения.

На качество жизни влияет и то, что пожилые пациенты в сравнении с лицами трудоспособного возраста имеют существенно меньшие финансовые ресурсы и социальную поддержку (о возможностях которой они к тому же ещё и могут не иметь адекватной информации или

за счёт снижения мобильности лишаются способности обращения за ней). В связи с этим основная задача организаций, оказывающих медико-социальную помощь пожилым людям, заключается в поддержании удовлетворительного качества жизни больных, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и защите гарантированных государством прав на медицинское и социальное обслуживание.

Особенностью пожилых больных является и то, что при большинстве заболеваний, встречающихся в этом возрасте, они, с одной стороны, не могут выздороветь, с другой – хотят полноценной жизни, достаточно высокого её качества. Для компенсации нарушенных функций органов и систем организма следует проводить их длительную медикаментозную коррекцию. Необходимость массового применения лекарственных препаратов у пожилых людей налагает высокую ответственность на фармацевтические фирмы-производители, по инициативе которых нередко проводятся исследования.

Систематизирующим фактором качества жизни пожилых является здоровье (индивидуальное, общественное, семейное, профессиональное), которое определяется шестью основными показателями: заболеваемость и связанная с ней продолжительность жизни (смертность); потребление (с ним связаны геоэкология и гигиена производств); риск как социально-биологическое явление, потомство (семья); медико-санитарное состояние (здравоохранение); информационное обеспечение человека (печать, радио, телевидение, общение).

Ещё одной особенностью исследования качества жизни у данной категории больных является то, что для этой возрастной группы в большинстве случаев применяются те же инструменты, что и для пациентов других возрастных групп. Помимо общих, для исследования качества жизни применяются специфические опросники, разработанные для отдельных заболеваний, и визуально-аналоговые шкалы.

В связи со спецификой обследуемых респондентов при разработке инструментов для оценки качества жизни у лиц старшей возрастной группы следует обращать внимание на то, чтобы подготовленные для них вопросы соответствовали факторам, наиболее актуальным для данной возрастной группы. Кроме того, вопросы должны быть понятны, иначе возникнет необходимость привлечения к заполнению опросника внешних оценщиков, что явилось бы нарушением протокола исследования. Вероятно, вследствие этого целесообразность использования вопросника SF-36 в качестве инструмента для исследования качества жизни у лиц старше 80 лет вызывает сомнения.

Возможно, данная проблема требует более подробного рассмотрения. В принципе в качестве внешних оценщиков могли бы выступать родственники пациентов, проживающие с ними, социальные работники, осуществляющие уход за больными на дому или в социальных учреждениях, медицинские работники поликлиники по месту жительства или стационара, в котором находится пациент. Однако недостатками такой модификации исследования, помимо расхождения с концепцией качества жизни, станут: проведение изучения мнения внешних экспертов, а не качества жизни больного как такового; неизвестно, чье мнение следует предпочесть – родственников или ухаживающих за пациентом лиц, которые при занятости родственников на работе или их раздельном проживании с близкими проводят с престарелыми людьми гораздо больше времени. Кроме того, не исключено, что оценка будет зависеть от значения ситуации с болезнью для родственников пациента, от влияния этой ситуации на них, в том числе, их благосостояние. Вероятно, следует проанализировать варианты получения информации одновременно и от пациентов, и от внешних оценщиков. Для предотвращения систематической ошибки у пожилых пациентов для исследования у них качества жизни следует предпочитать опросники, при заполнении которых была бы сведена до минимума вероятность получения однотипных ответов, независимо от сути вопросов. Кроме того, можно попытаться избежать несовпадений за счет использования у одних и тех же пациентов общих и специальных опросников, сочетания их с визуальными шкалами. При этом нельзя не отметить, пожалуй, самый маленький инструмент для изучения влияния болезней на качество жизни. В клинической урологической практике Международный согласительный комитет рекомендует использовать только один вопрос, который способен полностью охватить влияние на качество жизни нарушений мочеиспускания.

Количество инструментов для изучения качества жизни постоянно увеличивается. Сведения о них содержатся в интернет-базе Pro Qolid. Так, в 2007 г. насчитывалось 565 инструмента для исследования качества жизни, в 2009 г. – 647, в 2011 г. – 693, из них 538 могут быть применены при проведении исследований у взрослых. В то же время лишь 32 инструмента отнесены к гериатрическим, только 6 из них являются общими, остальные применимы при частных видах патологии.

Понятие «качество жизни» имеет разный смысл, например, с медицинской точки зрения качество жизни больного человека определяется уровнем компенсации данного заболевания лечебно-профилакти-

ческими мероприятиями и самочувствием больного. С социальных позиций качество жизни индивида определяется способностью человека к самообслуживанию, трудовой и общественной деятельности, а также степенью адаптации в обществе. Качество медицинской помощи (от греч. Καчество ιατρική βοήθη) – обычно понимается как совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки.

2.3. Исследования качества жизни лиц пожилого и старческого возраста

По данным Центрального научно-исследовательского института (далее – ЦНИИ) организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, до 60 % опрошенных пожилых людей находятся в состоянии стресса, обусловленного проблемами бедности, несбыточности надежд на спокойную, защищённую старость. Причиной этого авторы считают, в том числе и проведение ряда мероприятий по социальному реформированию без серьёзного научного экспертного анализа и прогноза.

В фарватере идеи медико-социальной помощи идёт исследование, проведённое в домах-интернатах с использованием мощной методической базы: модификации методики Делебо–Рубинштейна (здоровья и счастья), экспресс-методики измерения качества жизни «Eugocol», визуальной шкалы общего самочувствия, опросника уровня настроения, методики измерения социальной фрустрированности, понимания-непонимания, степени конфликтности («идеальный врач – реальный врач»). Оно показало, что, помимо возрастных и некоторых социальных факторов, качество жизни изучаемого контингента зависит от степени понимания пациента лечащим врачом и степени удовлетворённости им, которая в свою очередь определяется показателями конфликтности в диаде «врач – больной». Исследователями выявлены существенные различия показателей качества жизни у лиц, проживающих в различных домах-интернатах и наблюдающихся у разных врачей.

Изучение качества жизни проводилось при наиболее актуальных среди пациентов старшей возрастной группы сердечно-сосудистых заболеваниях. Так, например, сравнительный анализ качества жизни

больных старше 60 лет с сердечной недостаточностью, выполненный с использованием неспецифического опросника SF-36, выявил, что показатели качества жизни у лиц старше 60 лет существенно ниже такого же показателя у лиц более молодого возраста по всем шкалам в большей степени за счёт физической составляющей здоровья. У женщин они ниже, чем у мужчин. Качество жизни зависит от семейного положения, уровня образования: показатели лучше у супругов, чем у одиноких, у лиц с высшим образованием, чем у имеющих более низкий его уровень.

Одним из наиболее интересных аспектов этих результатов следует считать наличие именно гендерных различий качества жизни. Возможно, они связаны с изменением гормонального фона в связи с тем, что в постклимактерическом периоде протективное действие женских половых гормонов на сердечно-сосудистую систему исчезает, а также особенностями восприятия проблем, связанных с появлением кардиоваскулярных заболеваний.

Больные, госпитализированные в стационар с рецидивирующей фибрилляцией предсердий, оценивали своё качество жизни как невысокое. Степень возникшего в течение года значительного улучшения анализируемого показателя зависела от избранного принципа лечения, причем у пациентов с выбранной стратегией контроля частоты сердечных сокращений при сохранении фибрилляции предсердий наблюдалось более значительное повышение качества жизни.

У лиц с хронической сердечной недостаточностью (далее – ХСН), проживающих в доме для престарелых, качество жизни ниже, чем у пациентов без сердечно-сосудистой патологии. В основном – за счёт физической составляющей здоровья. Кроме того, у первой категории обследуемых зависимость уровня качества жизни от пола, семейного положения и образования существенно менее значима, чем у второй. У пациентов с ХСН изменение физического функционирования меньше зависит от возраста (как это наблюдается при отсутствии кардиальной патологии), а в большей степени связано с тяжестью заболевания.

Повышение толерантности к физической нагрузке на фоне антиангинальной терапии приводит к улучшению качества жизни пожилых пациентов. Существуют этнические особенности фармакоэпидемиологии кардиотропных (антигипертензивных) препаратов, как и других лекарственных средств. Кроме этого, важно учитывать и психосоциальные свойства личности, характерные для представителей конкретного этноса. В частности, с этим приходится считаться при

исследовании приверженности пациентов лечению и исследовании качества их жизни.

У пациентов с сахарным диабетом старение является значимым фактором, определяющим снижение качества жизни, как в физическом, так и психическом аспекте. Метаболический синдром у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста отрицательно влияет на качество жизни и готовность к сотрудничеству, в то же время при диспансерном наблюдении качество жизни улучшается. Гиполипидемическая терапия, по результатам исследования по анкете «Оценка качества жизни больных с аритмиями», не имеет выраженных побочных эффектов, в то же время существенно влияет на переносимость физических нагрузок, клинические, гемодинамические и биохимические показатели.

С. Ф. Никонов и соавторы отмечают, что при отсутствии эффекта от консервативной терапии пожилой возраст как таковой не является препятствием для операции на сердце. Их данные подтверждают результаты ряда исследований, свидетельствующих об улучшении качества жизни после различных кардиохирургических операций, в том числе протезирования клапанов сердца, аортокоронарного шунтирования, сочетанных операций.

В соответствии с Российским соглашением ангиологов и сосудистых хирургов и вариантом опросника для определения качества жизни у больных с хронической ишемией нижних конечностей, оно у пожилых пациентов с синдромом диабетической стопы зависит от исходной стадии ишемии и сохранения проходимости шунтов. Ампутация бедра снижает качество жизни на 60 % по сравнению с реконструктивной операцией, в то время как снижение уровня ампутации повышает качество жизни.

У пациентов старшей возрастной группы с ревматоидным артритом отмечается достоверно более низкий уровень качества жизни по сравнению с таковым у больных молодого возраста. Это связано с клиническими особенностями течения заболевания у пожилых и в свою очередь определяет специфику лечения у них (более высокую частоту применения психотропных препаратов). Практически у всех пожилых пациентов с бронхиальной астмой имелись отклонения в качестве жизни, связанные со здоровьем, средний балл состояния здоровья по 100-балльной шкале составил $53,5 \pm 15,0$.

Понятие «качество жизни» обычно употребляется для характеристики того, насколько благоприятно складывается жизненная ситуация для тех или иных индивидов как членов определенной соци-

альной группы. Существует множество показателей «качества жизни», условно их можно разделить на две группы: объективные и субъективные. Критерием объективной оценки качества жизни служат существующие нормативы потребностей и интересов людей, по отношению к которым можно объективно судить о степени удовлетворения этих потребностей и интересов. В данном случае исследуется финансовое положение человека (уровень жизни), состояние его здоровья, жилищные условия, семейное положение и другое. С субъективной позиции под «качеством жизни» понимается то, что каждый человек в процессе жизни приобретает свой собственный жизненный опыт, и поэтому разные люди оценивают качество своей жизни по-разному. При этом часто понятие «качество жизни» связывается с понятием «счастье» и «удовлетворенность жизнью», в целом или отдельными ее сферами. Качество жизни напрямую зависит от состояния здоровья, коммуникаций в социуме, психологического и социального статуса, свободы деятельности и выбора, от стрессов и чрезмерной озабоченности, организованности досуга, уровня образования, доступа к культурному наследию, социальному, психологическому и профессиональному самоутверждению, адекватности коммуникаций и взаимоотношений, степени развития и полноты удовлетворения комплекса потребностей и интересов людей, проявляющихся в различных формах деятельности и жизнеощущении.

Исследования, проведенные в ряде западных стран, выявили любопытную тенденцию, которая состоит в том, что пожилые люди имеют более высокий уровень удовлетворенности жизнью, нежели молодые. Причин здесь может быть несколько. Психологи говорят о том, что для пожилых людей выражение неудовлетворенности равноценно признанию существования проблемы и неспособности с ней справиться. И поскольку пожилые в действительности отказываются признавать проблемы, они говорят о более высоком уровне удовлетворенности, чем существует в действительности. Подтверждением данной гипотезы является доказанный факт, что пожилые люди имеют обыкновение отвергать неприятные или вызывающие беспокойство предложения. С другой стороны, возможной причиной, по мнению ряда ученых, является объективная тенденция снижения с возрастом потребностей, уровня притязания пожилых людей. Это формирует заниженные требования и соответственно завышает оценки условий своей жизни пожилыми людьми. В целом такой показатель, как «качество жизни» пенсионеров по возрасту, можно использовать в практике социальной работы, когда социальный работник на этапе перво-

го знакомства и в процессе взаимодействия с пожилым клиентом оценивает и отслеживает изменения различных показателей качества его жизни, как объективных (условия жизни, наличие социальных контактов, обстановка в семье и т. д.), так и субъективных (самочувствие клиента, его оценка жизни и потребности). Выявление потребностей пожилого человека, с одной стороны, позволяет определять оптимальные формы работы с ним и виды социальных услуг, в которых он нуждается. С другой стороны, социальный работник может способствовать формированию у пожилого человека новых потребностей (в каких-то видах самодеятельности, в общении, в потреблении информации), создавая условия для более разнообразной и полноценной его жизни.

2.4. Индекс качества жизни пожилых людей в странах мира и России

Международная неправительственная организация HelpAge International совместно с Фондом Организации Объединённых Наций в области народонаселения (ЮНФПА) представили с 2013 года индекс качества жизни и благополучия пожилых людей в странах мира. Индекс AgeWath измеряет качество жизни и благополучия пожилых людей. Представители организации HelpAge International, которая инициировала данный проект, указывают, что к 2050 году пожилые люди будут составлять более одной пятой от общей численности населения мира (22 %), при этом их численность составит 2,03 млрд человек против нынешних 809 млн. (11 %). Сотрудники организации HelpAge International говорят, что в XXI веке замечены мировые демографические перемены: продолжительность жизни увеличилась по всему миру, а старение населения занимает центральное место. Исследование охватывает 91 страну, для которых имеются международно сопоставимые статистические данные. К этим странам относится 89 % пожилого населения мира. При подготовке рейтинга исследователи руководствовались методологией, основанной на состоянии 13 показателей, объединённых в четыре основные группы:

материальная обеспеченность (доступ к достаточному уровню дохода и способность использовать его самостоятельно для того, чтобы удовлетворить основные потребности в более старшем возрасте);

состояние здоровья (наступление старости связано с физической слабостью, а также с риском плохого состояния здоровья и инвалидности);

образование и занятость (элементы способности к преодолению проблем и характеристики способностей пожилых людей);
хорошие условия (пожилые люди хотят иметь свободу выбора жить независимой и самостоятельной жизнью);
семейная жизнь (уровень разводов (на 1 тыс. чел.);
общественная жизнь (учитывается высокий уровень посещаемости церкви или профсоюзного членства);
материальное благополучие (ВВП на душу населения);
рейтинги политической стабильности и безопасности;
климат и география;
гарантия работы (уровень безработицы (в процентах);
средний индекс политической и гражданской свободы;
гендерное равенство (измеряется путём деления средней зарплаты мужчин на зарплату женщин).

Эти группы показателей были выбраны как ключевые составляющие благополучия пожилых людей. По каждой группе странам выставляется оценка в баллах – от 1 до 100. Чем больше баллов, тем более высоко оценивается страна в данной области. Например, общее значение Индекса России 30,8 балла означает, что благополучие пожилых людей в стране составляет лишь 30,8 % от идеального (100 %). В России отмечен крайне низкий уровень вовлеченности старшего поколения в общественную жизнь, плохое состояние здоровья пожилых людей, низкий уровень материального обеспечения, а по критерию благоприятности среды страна и вовсе заняла предпоследнее место. Быстрый экономический рост России не оказал влияния на улучшение благосостояния пожилого населения. Число пенсионеров в стране увеличивается на 700 тысяч ежегодно и составляет более 30 миллионов, а в 2020 году достигнет 50 миллионов. Вместе с тем, российское правительство уже сейчас не в состоянии обеспечить достойную старость основной массе людей преклонного возраста. Согласно результатам исследования, первое место по качеству жизни людей преклонного возраста заняла Швеция с показателем 89,9 балла. Индекс качества жизни пожилых – это глобальное исследование сопровождающий его рейтинг стран мира по показателю качества жизни и благополучия пожилых людей. В 2014 году Россия заняла 65 место – 42,5 балла, первое место Норвегия – 93,4 балла. Самой худшей страной для пожилых людей как в 2013, так и в 2014 годах признан Афганистан. Израиль с 21-го места в 2013 году переместился на 18-е в 2014 году. Российская Федерация уступает практически всем странам бывшего СССР. В 2015 году лучшей страной для пожилых людей

стала Швейцария (90,1 балла). В первую десятку вошли страны северной (Норвегия, Швеция, Исландия) и континентальной (Германия, Нидерланды) Европы, а также Канада, США, Великобритания и Япония. Представленные данные свидетельствуют, что уровень обеспечения качества жизни пожилых в Европейском союзе, других развитых странах заметно выше, чем, например, в странах БРИКС. Россия заняла 65 строчку в данном рейтинге с результатом в 41,8 балла. Причем стоит отметить положительные изменения индекса качества жизни пожилых людей по сравнению с 2013 годом. Обращает на себя внимание значительная дифференциация занимаемых Россией мест в рейтингах по частным индексам. Так, если по уровню материальной обеспеченности пожилых людей ей принадлежит 30 место, и она находится примерно на одном уровне с США, Японией и Швейцарией, то по состоянию здоровья – только 86 место, т. е. относится к группе наименее развитых стран. Согласно данным Global AgeWatch Index, в России высокий уровень образования и занятости пожилых людей (25 место), но социальная среда оценивается крайне низко (82 место). В 2016 году Россия заняла 33 место, первое место Норвегия. По данным рейтинга, лучше всего живут пенсионеры в странах Северной и Западной Европы, Северной и Латинской Америке, Юго-Восточной Азии. Хуже всего ситуация для пенсионеров в Африке и Южной Азии: несовершенное здравоохранение, низкая материальная обеспеченность.

Понятие «качество жизни» используется очень широко, но оно не имеет общепризнанной формализованной структуры и стандартного набора индикаторов. Приоритеты зависят от потребностей людей, тесно связанных с уровнем развития стран и регионов, поэтому критерии оценки качества жизни не совпадают для развитых и развивающихся стран.

Наиболее полный перечень компонентов качества жизни, используемых в международных сопоставлениях и национальных оценках развитых стран, включает следующие блоки: доходы населения; бедность и неравенство; безработица и использование рабочей силы; динамика демографических процессов; образование; здоровье, продовольствие и питание; жилищный фонд (населенных пунктов), инфраструктура, связь; ресурсы и состояние природной среды; культура, социальные связи, семейные ценности; политическая и социальная стабильность (безопасность); политические и гражданские институты (демократия и участие).

Оценки качества жизни сложны не только из-за многомерности этого понятия. Для разных групп населения представления о качестве

жизни различны и выявляются через субъективные оценки. В западных исследованиях сочетаются объективные (статистические) и субъективные измерения, основанные на регулярных массовых опросах населения или оценках экспертов. Такие компоненты, как социальные связи, семейные ценности, политическая и социальная стабильность, могут оцениваться только субъективно, так как объективных критериев не существует. Для регионов России использование субъективных оценок пока невозможно – для этого нужны регулярные социологические обследования, репрезентативные для каждого субъекта Российской Федерации. Приходится использовать объективные (статистические) данные, хотя с их помощью можно измерить далеко не все компоненты качества жизни. Еще одна проблема интегральных оценок – определение значимости (веса коэффициента) отдельных компонентов качества жизни, она остается неразрешимой. Большинство зарубежных и отечественных исследований нацелено на максимально полное отражение всех компонентов, но при этом нередко возникает эффект – чем больше показателей, тем сложнее объяснить полученный результат. Для многих регионов России этот эффект почти запрограммирован из-за сочетания индикаторов с противоположными значениями (минимальными и максимальными), а также проблем достоверности измерений большинства индикаторов.

Одна из методик оценки индекса качества жизни населения разработана сотрудниками географического факультета МГУ по заказу Министерства экономического развития и торговли Российской Федерации. Индекс предназначен для интегральной оценки приоритетных компонентов качества жизни в субъектах Российской Федерации и мониторинга социального развития регионов. Приоритеты в оценках качества жизни выбирались с учетом наиболее острых проблем переходного периода. Если в советское время различия в большей мере определялись условиями жизни (доступностью и обеспеченностью базовыми услугами, благоприятностью условий проживания в регионе), то в переходный период на первый план вышли проблемы уровня жизни (низкие доходы и сильное неравенство по доходу), занятости (безработица), здоровья населения (низкая ожидаемая продолжительность жизни и здоровье). Эти компоненты включены в состав «кризисного» индекса качества жизни, разработанного для интегральной оценки региональных различий по наиболее проблемным аспектам качества жизни. С помощью такого индекса можно проводить мониторинг и экспресс-диагностику социальной ситуации в регионах.

Интегральный индекс рассчитывается по формуле как среднеарифметическое из четырех частных индексов, один из которых – индекс здоровья – рассчитывается как среднее из показателей долголетия (ожидаемой продолжительности жизни) и младенческой смертности. Значения каждого из частных индексов находятся в диапазоне от 0 до 1.

Качество жизни как системное понятие, определяется единством его компонентов: самого человека как биологического и духовного существа, его жизнедеятельности и условий, в которых она протекает. Отсюда следует, что номенклатура показателей качества жизни должна включать как объективные характеристики самого человека (или социума), его жизнедеятельности и условий жизни, так и субъективные оценочные характеристики, отражающие отношение субъекта к реалиям его жизни.

Рост интереса к проблеме качества жизни в настоящее время связан с осознанием обществом экологических проблем современности, с разработкой теории глобальных систем и вызван необходимостью практического решения экономического кризиса, перенаселенности и снижения уровня здоровья населения.

2.5. Реализация «Региональной программы повышения качества жизни граждан пожилого возраста на территории Красноярского края» на 2014–2018 годы

В целях повышения качества жизни (далее – КЖ) пожилых на законодательном уровне приняты программные документы: в 2011–2013 годы на территории Красноярского края действовала Комплексная региональная программа «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста», на 2014–2018 годы в Красноярском крае разработана и действует «Региональная программа повышения качества жизни граждан пожилого возраста». Основной ее целью является формирование организационных, правовых, социально-экономических условий для повышения качества и уровня жизни пожилых людей, степени их социальной защищенности, активизации участия пожилых людей в жизни общества. В связи с этим необходимо, чтобы все люди старшего возраста жили в достойных условиях, были материально обеспечены, имели доступ к основным медицинским и социальным услугам.

Постоянное увеличение доли пожилого населения и соответственно пожилых больных является одной из важнейших проблем,

унаследованных XXI веком. Актуальны они для США, Европейского союза, России, становятся актуальными и для развивающихся стран, в том числе Индии и Китая. Остроту проблемы «2020» для двух упомянутых последними государств сложно себе представить: прогнозируемое суммарное количество лиц в возрасте старше 60 лет в них (336 млн человек) превысит количество пожилых и стариков, имеющих на данный момент во всём мире. При этом нельзя не учитывать, что в результате успехов медицины растёт количество хронических больных и инвалидов, в том числе пожилых и стариков. Это рождает множество этических проблем, без решения которых невозможно выполнение разнообразных приёмов реабилитации.

Демографический прогноз о численности населения Красноярского края указывает в период с 2017 по 2031 год на увеличение населения с 2 874 472 до 2 918 116 человек, или на 43 644 человека (1,5 %). Рост числа жителей прогнозируется на протяжении всего рассматриваемого периода. В среднем численность будет увеличиваться на 3,4 тысячи человек в год, среднегодовой темп прироста составит 0,11 %. С 2022 года ожидается положительный общий прирост на 3 110 человек, так как произойдет компенсация миграцией (превышение прибывших над выбывшими составит 3 758 человек). В дальнейшем естественная убыль населения Красноярского края будет нарастать и достигнет максимума в 2028 году: 3 616 человек. Определяющим фактором, положительно влияющим на численность края, по-прежнему, будет являться миграция населения. Миграционный прирост возрастёт в 2,1 раза: с 2 509 человек в 2016 году до 5 271 человек в 2030 году. Прогнозируется усиление процесса урбанизации: доля городских жителей увеличится с 77,4 % в 2017 году до 82,8 % в 2031 году. Гендерная структура общества останется практически без изменений: 47 % – мужчины и 53 % – женщины. Продолжится процесс демографического старения населения Красноярского края: доля жителей старше трудоспособного возраста увеличится с 22 до 24 %, трудоспособного – сократится с 58 до 56 %, а моложе трудоспособного сохранится на уровне 20 %. Ожидается, что продолжительность жизни вырастет на 3,4 года (с 70,1 года в 2016 году до 73,5 лет в 2030 году). Суммарный коэффициент рождаемости также будет иметь тенденцию к увеличению: с 1,892 в 2016 году до 1,909 в 2030. В целом можно охарактеризовать прогноз Росстата о демографической ситуации в Красноярском крае положительным, внушающим оптимизм (при условии сохранения показателей естественного и миграционного движений на уровне 2014 года). Вместе с тем, он указывает на необ-

ходимость разработки первоочередных мер, необходимых для сглаживания негативных тенденций.

В Красноярском крае в связи с реализацией «Региональной программы повышения качества жизни граждан пожилого возраста» на 2014–2018 годы и проводимой модернизации здравоохранения повысилась качество оснащения самой современной техникой краевых медицинских учреждений, как и уровень доступности высокотехнологичной медицинской помощи для населения. Особо можно отметить улучшение в работе с пожилыми людьми такие учреждения как: краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой госпиталь для ветеранов войн»; краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер имени А. И. Крыжановского»; федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии». Госпиталь оказывает высококвалифицированную, специализированную медицинскую помощь ветеранам войн и приравненным к ним лицам, ежегодно в стационаре учреждения проходят лечение 6800 ветеранов, 47 тыс. пациентов обслуживаются амбулаторно. Онкоцентр показывает хорошую динамику в выявлении онкологических заболеваний, особенно на ранней стадии. Кардиоцентру за годы работы удалось добиться значительного снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, и сейчас этот показатель значительно ниже, чем в среднем по стране. По объему проводимых операций он не уступает ни одному аналогичному лечебному учреждению России. Проблема нехватки специалистов-медиков актуальна для многих субъектов Российской Федерации, в первую очередь это связано с тем, что большое количество опытных врачей достигает пенсионного возраста, и складывается ситуация, когда равнозначной замены им нет. В то же время большое количество выпускников медицинских университетов работают в различных медицинских организациях, напрямую не связанных с лечением пациентов. Ощутимые трудности связаны с комплектованием поликлиник врачами первичного звена. Самыми востребованными медицинскими специальностями являются терапевты, педиатры, анестезиологи-реаниматологи, акушеры-гинекологи и хирурги. Решаются вопросы кадрового обеспечения медицинских учреждений края врачами и младшим медицинским персоналом. Работа врача сегодня – это интенсивный, требующий большого напряжения, моральной и физической отдачи труд. Необходимо по максимуму снять с медиков «бумажную» нагрузку. Важно полностью укомплектовывать кадро-

вый состав поликлиник, а также привлечь как можно больше людей для прохождения осмотров и диспансеризаций. Изменения будут внесены и в систему набора студентов в ординатуру, край рассматривает возможность поддержки будущих узких специалистов в связи, с чем будет увеличен их набор в ординатуру порядка 50 мест. Необходимо также возродить систему наставничества, что позволит молодёжи набрать необходимый опыт работы во время и после учебы и не бояться принимать собственные решения. Продолжится строительство и реконструкция объектов здравоохранения и работа по внедрению информационных систем в медицинских учреждениях. На портале госуслуг в тестовом режиме запущен проект «Личный кабинет здоровья» (www.web-patient.ru). С помощью этого ресурса, не выходя из дома, можно узнать свой участок, имя участкового врача, проверить данные полиса обязательного медицинского страхования, получить данные выписного эпикриза, сведения о выписанных льготных рецептах. В дальнейшем к сервису планируется подключить все лечебные учреждения края и даже частные клиники. Продолжается работа программы «Земский доктор». Консолидированный бюджет отрасли в 2017 году составит около 58 млрд рублей. В Красноярске создается целый ряд инклюзивных проектов и площадок для комфортного передвижения людей с повышенными потребностями. Основные направления программы – это вопросы архитектурной, транспортной, информационной, пешеходной доступности. Красноярский край в рейтинге по качеству жизни в Сибирском федеральном округе находится на 43 месте и занимает третью строчку после Новосибирской и Омской областей.

В пожилом возрасте существуют факторы риска и необходимые факторы защиты, к рискам можно отнести: ухудшение здоровья, риск преждевременной смерти; риск социальной изолированности (ненужности обществу); утрата родственных связей; деформация норм поведения; риск мошеннических действий; появление страхов и фобии пожилых людей (страх смерти, боязнь одиночества, страх перемен, боязнь заболеть). Старость – неизбежный удел человека, дожившего до преклонных лет, и, к сожалению, в старости тело начинает «подводить» – зрение и слух становятся не такими острыми, ухудшается координация, слабеют мышцы. Поэтому очень важно своевременно позаботиться о том, чтобы пожилой человек мог, хотя бы в своем жилище, свободно передвигаться и, в случае необходимости, быстро позвать на помощь. Достичь этого можно простыми и не требующими особых затрат путями, такими как установка пандусов и поручней;

подходящие половые покрытия в доме; установка тревожной кнопки; очищение жилища от лишних вещей; в пожилом возрасте очень важно ощущать заботу и любовь со стороны младших родственников, чувствовать себя любимыми и нужными, это уже само по себе серьезно повысит качество их жизни. Более подробная информация о реализации «Региональной программы повышения качества жизни граждан пожилого возраста на территории Красноярского края» на 2014–2018 годы находится в прил. 2.

Представители солидного возраста – особые люди, помимо высокого профессионализма, в работе с ними необходимы внимание, терпение, чуткость, положительная эмоциональная реактивность.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы перспективы продления продолжительности жизни в свете новых знаний?

2. Дайте характеристику социально-демографической ситуации в Российской Федерации и государственной политики разрешения демографического кризиса.

3. В чем заключается концепция качества жизни лиц пожилого и старческого возраста в мире и в России?

4. Опишите методологию изучения качества жизни пожилых людей.

5. Какие существуют исследования качества жизни пожилых людей?

6. Назовите факторы риска и протективные факторы качества жизни пожилых людей.

ТРАНСФОРМАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ПОТРЕБНОСТЕЙ И ЦЕННОСТЕЙ СЕМЬИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

3.1. Потребности и ценности в жизни пожилого человека

Человеческое общество сформировалось и развивается в результате целенаправленной деятельности людей в материальной и духовной сферах. Люди способны предвидеть, планировать собственное развитие, ставить цели, исходя из своих интересов, и реализовывать их. Результаты любой человеческой деятельности выступают продуктом двух факторов – внутренних движущих сил человека и внешних социальных условий реальной действительности. В качестве основных компонентов внешних факторов деятельности выступают социальная среда, ситуация, обстоятельства. Внутренними побудительными силами любого процесса и действия являются потребности, ценности и интересы, выступающие важнейшими факторами любых преобразований.

Потребность – это нужда человека в том, что составляет необходимое условие его существования. В мотивах деятельности проявляются потребности человека.

Потребности – это форма проявления психики, в соответствии с которой живой организм побуждается к осуществлению качественно определенных форм деятельности, необходимых для сохранения и развития как его самого, так и вида (рода), к которому он принадлежит. Первично биологической формой потребности является нужда. На ее восполнение направлены инстинкты, в которых заданы свойства релевантных потребностей предметов и основные поведенческие акты, необходимые для их достижения. Субъективно потребности репрезентируются в виде эмоционально окрашенных желаний, влечений, стремлений, а их реализации – в виде оценочных эмоций.

Потребности составляют единую систему и классифицируются по различным критериям: по сферам деятельности (потребности труда, познания, общения, отдыха); по объекту потребностей (материальные и духовные, этические, эстетические); по их функциональной роли (доминирующие и второстепенные, центральные и периферические, устойчивые и ситуативные); по субъекту потребностей (индивидуальные, групповые, общественные).

Плюрализм потребностей определяется многогранностью человеческой природы, а также многообразием условий (природных и социальных), в которых они проявляются. По мере удовлетворения одних у человека возникают другие, это позволяет утверждать, что, в общем, они безграничны. В этом смысле чрезвычайно продуктивной для осмысления широкого их спектра является теория иерархии потребностей английского ученого А. Маслоу. Она представляет собой строгую иерархическую структуру, в которой выделяются пять групп потребностей: физиологические (голод, жажда, половое влечение); безопасность (стремление чувствовать себя защищенным, свободным от страхов и тревог); причастность (желание принадлежать к общности, находиться рядом с людьми, быть принятым ими); признание и уважение (стремление к уважению и признанию со стороны окружающих); самореализация (желание реализовать свои цели и способности). А. Маслоу считал, что все потребности взаимосвязаны и, удовлетворяя низшие потребности, человек стремится к удовлетворению более высоких. Почти о любом здоровом представителе нашего общества можно сказать, что он одновременно и удовлетворен, и не удовлетворен во всех своих базовых потребностях. Ни одна из них почти никогда не становится единственным, всепоглощающим мотивом поведения человека. Практически любой поведенческий акт детерминирован множеством мотивов. По его мнению, только 10 % людей способны реализовать потребности в самовыражении и самоактуализации, что означает стремление человека достичь максимума своего потенциала.

Удовлетворяя данные потребности, как было отмечено А. В. Барановой и Г. М. Зараковским, человек тем самым повышает качество своей жизни. С точки зрения Э. Аллардта, качество жизни есть удовлетворение трех систем базовых потребностей: «иметь», «любить», «быть». К первой группе он относит экономические условия, занятость, здоровье, образование. Ко второй – общение, контакты в локальном сообществе, дружеские отношения, социализацию. К третьей – интеграцию в общество и жизнь в гармонии с природой, политическую активность, досуг. Каждая из указанных групп потребностей обладает своим реальным потенциалом, и чем более развиты потребности личности, социальной группы и общества в целом, тем более высокие требования предъявляют они к качеству своей жизни. В отличие от позиции А. Маслоу, в теории Э. Аллардта потребности располагаются иерархично и движение потребностей возможно в двух направлениях: вверх, если предыдущая потребность удовлетворена; вниз, если не

выполнены желания более высокого порядка. Следует помнить о разумном ограничении потребностей, поскольку они не все могут быть удовлетворены в полной мере, а также не должны противоречить нравственным нормам общества и ценностям человека.

Ценностно-смысловая сфера личности достаточно хорошо освещена в работах А. Г. Асмолова, Л. С. Выготского, Д. А. Леонтьева, М. Рокича, С. Л. Рубинштейна. Выделяют пять формальных признаков в определении ценностей. Ценности – это понятия или убеждения, которые имеют отношение к желательным конечным состояниям или поведению, превосходят специфические ситуации, управляют выбором или оценкой поведения или событий и упорядочены по относительной важности.

По мнению М. Рокича, ценности это устойчивые убеждения в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точки зрения, чем противоположный или обратный способ поведения, либо конечная цель существования. Он выделяет терминальные ценности – это убеждения личности в том, что определенные конечные цели индивидуального существования с личной и общественной точек зрения заслуживают того, чтобы к ним стремиться. И инструментальные ценности – это убеждения в том, что определенный образ действий с личной и общественной точек зрения является предпочтительной в любых ситуациях. Ценностные ориентации представляют собой общечеловеческие принципы, в соответствии с которыми строится поведение человека в различных жизненных ситуациях. Они формируются на разных этапах онтогенеза под влиянием природного, социального и культурного окружения и понимаются как значимые отношения к себе и к миру в настоящем, прошлом и будущем. Психологической основой ценностной ориентации личности является многообразная структура потребностей, целей, идеалов, интересов, убеждений, мировоззрений, участвующих в сознании ориентации личности, выраженной социально-детерминированным отношением личности к общности.

Н. Ф. Наумова также считает, что ценности личности являются одним из механизмов целеполагания, они ориентируют, направляют человека в мире, создают четкую картину мира. Ценностные ориентации – это организованная система обобщенных ценностных представлений, выражающая субъективное отношение личности к объективным условиям жизни. Процесс их формирования складывается из трех этапов. На первом этапе происходит осознание ценностей, существующих в обществе, и формирование на этой основе собственных

ценностных представлений, которые носят эмпирический характер (существующих на обыденно-жизненном уровне сознания индивида). Формирование эмпирических ценностных представлений происходит посредством их сравнения с социально заданными ценностями – эталоном социального поведения. На втором этапе они формируются посредством коммуникативных путей. Здесь процесс перехода от первого ко второму этапу может затормозиться, и человек имеет только свой индивидуальный опыт, узко ограниченный личными интересами и конкретными ситуативными представлениями. Также возможна и остановка на промежуточном уровне, когда личный и косвенный опыт не переходят в убеждения, идеалы индивида. То есть ценности вполне осознаваемы, но не становятся регуляторами поведения личности, хотя вербально выражаются четко. В этой связи А. Н. Леонтьев разделяет мотивы, регулирующие поведение личности на «знаемые» и «реально действующие». На третьем этапе происходит преодоление возникающих противоречий и совершенствование ценностных представлений. По мнению Н. И. Лапина, ценности формируются в период так называемой первичной социализации индивида к 18–20 годам, а затем становятся достаточно стабильными, претерпевая существенные изменения лишь в кризисные периоды жизни человека и его социальной среды.

Пожилые люди – это возрастная группа с социально-специфическими интересами, потребностями и ценностями. Этот возраст характеризуется диапазоном индивидуальных проявлений социальных, психологических и физиологических особенностей.

Дж. Галтунг и А. Вирак считают, что набор потребностей должен быть предельно большим. Например, многие ученые включают сюда такие «неотъемлемые» элементы человеческой природы, как потребности в борьбе и разного рода протеста. И эти потребности тоже необходимо в какой-то разумной форме удовлетворять. Они отождествляют понятие «потребности» с понятием «права», исторически приобретшим более узкий объем. Такое отождествление придает политический смысл задаче удовлетворения всех человеческих нужд, а не только тех, которые учтены в действующей конституции. Дж. Розенталь отмечает, что элементами человеческого потенциала, нуждающимися в поддержке, являются, наряду с другими, юмор, разговорчивость, оптимизм.

Старость – это переход в систему новых социальных ролей, а значит, и в новую систему групповых и межличностных отношений. Современный мир не способствует социальной интеграции престаре-

лых. Возникает парадоксальная ситуация, когда медицина преследует цель продления жизни, а сфера ценностей, включающих новый опыт человечества, не гарантирует пожилым чувства социальной полезности.

Ценностный аспект геронтологии обнаруживается, в признании общественной значимости длительной жизни. Сами по себе жизнь, здоровье и долголетие, сохранение человеческой индивидуальности представляют собой группу ценностей человеческого общества. Можно выделить ряд моментов, выявляющих гуманистический смысл геронтологического знания: социальная ценность самого по себе объекта изучения. Прямая нацеленность на оптимизацию хода онтогенетического развития; ценность жизни человека в субъективном плане.

В сознании личности всех возрастных групп каждый жизненный этап – возраст – связан с набором предписаний относительно социальных действий, ценностей и психологических качеств, а также основных жизненных событий, которые должны происходить в жизни человека определенного возраста. В частности, в период ранней взрослости человек должен: создать семью (87 %), родить и воспитывать детей (84 %), работать (75 %), найти любимого человека и строить с ним отношения (65 %), помогать родителям (55 %), развиваться (48 %), иметь много друзей и знакомых (47 %), быть привлекательным внешне (38 %). К событиям, которые должны произойти в этот период, относятся окончание вуза (21 %), вступление в законный брак (18 %), рождение детей (13 %) и создание семьи (12 %).

Возраст тридцати лет рассматривается как время подведения первых итогов взрослости, когда должны быть решены задачи начала профессиональной деятельности и создания семьи. В целом период ранней взрослости всех возрастных групп характеризуется большим количеством событий и актуальных задач, которые имеют прескриптивный характер и обязательны для исполнения в определенный временной интервал.

Для средней взрослости также характерен комплекс норм, однако их событийная составляющая гораздо беднее, чем на предыдущем этапе. В качестве ключевых событий выделяются такие, как путешествия (27 %), поступление ребенка в вуз (18 %), повышение в должности (17 %), а основными задачами считают профессиональную деятельность (13 %), семейную жизнь (9 %) и помощь взрослым детям (8 %). На первый план выходит социально-психологическая составляющая «портрета возраста» – определенные социальные достижения и психологические характеристики: среди них – быть профессионалом своего дела (52 %), достичь материального благополучия и иметь стабильный

доход (45 %), хорошо выглядеть (44 %), быть уважаемым человеком (42 %), иметь высокий социальный статус (39 %).

В представлении респондентов 40 лет – это некая точка, относительно которой измеряются жизненные успехи и достижения, а также соответствие нормативным ожиданиям. Возраст сорока лет имеет также нормативное значение как период подведения итогов. В отличие от тридцати лет, относительно которых это тоже утверждается, здесь сильнее акцентированы социальные достижения и психологическая состоятельность, а также высокий уровень значимости этого периода.

«Предпенсионное» десятилетие включает в себя отделение детей от родительской семьи, а также дальнейший карьерный рост. Многие считают, что в этот период можно уже время посвятить своим каким-то целям, а не только жить жизнью детей. Освобождается время на какие-то увлечения, на хобби, на карьеру или на взаимоотношения с супругом. Однако в сознании человека этот период связан не столько с нормами, сколько с возможными неожиданностями. Это переломный момент – дети взрослые, такой синдром пустого гнезда, бес в ребро, всё что угодно. Это как раз очень опасное время, от сорока до пятидесяти, когда, действительно, или твоя вторая половина тебя подведёт и ей захочется чего-то нового, или она тебя переросла, или ты её перерос. В целом период средней взрослости связан не столько с событийными, сколько с ролевыми, преимущественно профессиональными нормами, а также с нормами в сфере достижений и развития.

Период поздней взрослости представлен довольно узким кругом жизненных событий и задач, традиционно относящихся к пожилому возрасту. Чтобы соответствовать возрасту необходимо: воспитывать внуков (94 %), передавать опыт молодому поколению (63 %), помогать детям (59 %), иметь хобби или любимое дело (57 %), следить за своим здоровьем (51 %) и любить жизнь (49 %). Для этого периода характерна проблема большого количества времени, которое надо чем-то заполнять, т. е. это абсолютно новый образ жизни, к которому надо адаптироваться. И вот, наверное, удовлетворённость жизнью зависит от того, как человек эту задачу решает. Здесь задача после выхода на пенсию – грамотно организовать свою жизнь. В то же время сам факт долголетия оценивается как достижение. Если тебе 70 лет, и ты всё ещё жив, значит у тебя всё здорово, у тебя хорошее здоровье, потому что в нашей стране продолжительность жизни довольно небольшая; ты – хорошая бабушка или дедушка хороший, ты о них заботишься, ты им передаёшь какой-то свой опыт. В целом поздняя

взрослость представлена наиболее узким набором социально-возрастных норм, среди которых приоритетную позицию занимают психологические характеристики и ценности – здоровье, жизнелюбие, удовлетворенность жизнью.

Личность развивается в течение всей жизни, приспособляясь к изменяющимся условиям среды. Процессами постепенной корректировки ценностей, установок, норм индивида в течение жизни являются вторичная социализация, десоциализация и ресоциализация. В связи с тотальными социально-экономическими изменениями в конце XX в. возникла необходимость «разрушения ранее принятых ценностей и моделей поведения личности с последующим усвоением ценностей, радикально отличающихся от предыдущих», то есть необходимость процессов десоциализации и ресоциализации личности. Для пожилых людей данные процессы в их совокупности представляют особую проблему. Во-первых, потому что произошли слишком резкие изменения в жизненных планах и образе жизни пожилого человека и, во-вторых, потому что пожилому человеку, в современных социокультурных условиях сложно приспособиться к экономической ситуации в стране. Процесс ресоциализации во многом схож с первичной социализацией, так как человек входит в социальный мир заново, он должен «по-новому расставить акценты реальности». Однако очевидно, что данный процесс сложнее, поскольку он предполагает первично осуществление десоциализации – отказа от устаревших норм и ценностей и затем ресоциализации – усвоения новых норм, установок и ценностей.

Рассмотрим типические варианты ресоциализации пожилого человека, их качественные характеристики и возможные результаты: неудавшаяся ресоциализация (дезадаптация); ресоциализация-ритуализм; частичная ресоциализация; успешная ресоциализация или автоматизирующий конформизм.

Неудавшаяся ресоциализация (дезадаптация). Пожилые люди не принимают ни новых ценностей, ни новых способов поведения, «маргиналы». Это «...социальные группы, потерявшие прежний социальный статус и не сумевшие приобрести адекватный новый, жертвы структурной перестройки производства и кризиса занятости». У них сильна ностальгия по прошлому. Однако противостоять переменам они не в силах. Результат данного типа ресоциализации характеризуется психологическими кризисами личности. Такие люди, будучи ранее авторитетами в своей первичной группе, теряют такой статус. Их взгляды кажутся устаревшими и неактуальными. В силу данных

обстоятельств необходимо обратить внимание на конфликты между пожилыми людьми внутри социальной группы. Может иметь место разделение пожилых людей на враждующие лагеря сторонников и противников преобразований и новых ценностей. Таким образом, имеет место дезорганизация микросоциума, ценности членов которого антагонистичны. У. Томас и Ф. Знанецкий, полагают, что «...социальная дезорганизация есть неотъемлемая часть процесса социального изменения».

Ресоциализация-ритуализм. Данный тип адаптации характеризуется принятием новых ценностей, однако, поведением в соответствии со старыми ценностями. Пожилые люди, адаптированные таким образом, испытывают трудности в обретении новых умений и навыков. Они действуют по привычке, однако сами недовольны своими действиями. У пожилых людей данной группы возникает конфликт между стремлением быть независимым, активным и чувством бессилия. Избежать этого конфликта можно, «...обращая свою личность в ничто и не признавать себя больше самостоятельным индивидом». Этой цели можно достичь следующими способами: самоубийство, ощутить себя предельно ничтожным и беспомощным, искать боли и мучения. В результате данного типа ресоциализации наблюдается деградация личности. Однако пожилые люди этого типа способны успешно адаптироваться в новых социально-экономических условиях, если они реорганизуют свою деятельность.

Частичная ресоциализация. Характеризуется отвержением навязываемых микросоциумом, обществом ценностей, но поведением в соответствии с ними. Результат данного типа ресоциализации: частично адаптированная личность внутренне осуждает свои действия. Происходит отчуждение от своего «Я». Это, прежде всего, психологическая проблема, которая впоследствии может разрешиться несколькими способами. Либо индивид принимает новые ценности общества и избавляется от психологических переживаний, либо отвергает изменения и постепенно дзаадаптируется. В результате ресоциализации данного типа пожилой человек тоже преодолевает отчуждение, однако у него возникает множество других проблем.

Успешная ресоциализация или автоматизирующий конформизм. Пожилой человек полностью воспринял новую культуру и действует в соответствии с приобретенными ценностями. Результат данного типа ресоциализации: полное усвоение типа личности, предлагаемого общепринятым шаблоном, и становление таким, каким общество хочет видеть индивида, могут привести к потере собственной личности.

Человек перестает быть собой. Такой феномен был назван автоматизирующим конформизмом. Следует отличать его от успешной адаптации, при которой человек не теряет индивидуальность.

Описанные виды ресоциализации пожилого человека позволяют констатировать: те или иные психологические проблемы характеризуют почти все типы адаптации. Общество, имеющее такой признак, Э. Фромм назвал невротическим. Социум как объективный фактор типов ресоциализации пожилого человека на современном этапе характеризуется: антогонизмом ценностей; социальной дезорганизацией; психологическими кризисами у пожилого человека.

Радикальные перемены, которые произошли в последние десятилетия в социально-культурной, политической и экономической сферах России, оказали большое влияние на жизнь россиян. Прогрессирующая глобализация, инновации и быстрый темп информатизации обостряют социальные проблемы, что выражается в росте безработицы, снижении культурного уровня большей части населения.

Современное общество характеризуется развитием информационных процессов. Это век информационной индустрии, где важнейшими составляющими становятся все виды информационных технологий, особенно телекоммуникации. С появлением информатизации в обществе изменилось не только производство, но и весь уклад жизни, система ценностей, культурный досуг, общение между индивидами, между поколениями. Несмотря на положительные стороны информатизации, возникают проблемы адаптации к новым технологиям многочисленных групп населения, особенно старших поколений. Средства массовой информации, Интернет имеют возможность манипулировать сознанием, программировать поведение в соответствии с определенными стереотипами. Сегодня мы наблюдаем, как информатизация разрушает традиционные коммуникационные связи, увеличивает разрыв между поколениями, снижает преемственность. Идеология, существовавшая в советский период в стране, провозглашавшая патриотизм, высокую культуру и нравственность, идеалы и жизненные цели советского человека, разрушилась. На смену ей пришел культ вседозволенности и безнравственности. Под влиянием этих изменений подверглись трансформациям практически все социальные институты: семья, культура, здравоохранение, образование.

В XXI веке под влиянием процессов глобализации, трансформации социальных институтов, информатизации и нестабильности актуализируются проблемы отношений между поколениями. Гедонизм, нетерпеливость, лень, духовное оскудение рождающие ненависть

к старшему поколению, исключают всякую коммуникацию между поколениями, а значит, нарушают преемственность поколений. Внутри-семейное общение имеет большой воспитательный эффект: обмен мыслями, проявление чувств и эмоций, доверие и уважение, внимание и забота, ответственность и дружба, общность интересов и семейные традиции. Помимо этого семейная коммуникация способствует развитию патриотических чувств не только к родине, но и родному краю, своей семье. Значит, межпоколенная коммуникация способствует патриотическому воспитанию. Представление о жизни старшего поколения, предков среди молодежи проявляет в них интерес к прошлому, историческому развитию семьи. Информативная функция способствует сохранению памяти о национальном, семейном прошлом, традициях, культуре и быте. В процессе коммуникации от родителей к детям передаются образцы, нормы, правила и культура поведения. Коммуникация выполняет функцию нравственного воспитания. Поддерживающая функция говорит о роли родителей в жизни подростков и наоборот, она сужает дистанцию между поколениями, сближает их по интересам, заботе друг о друге. Взаимовыручка и взаимоподдержка особенно важны в решении трудных жизненных ситуаций. Сегодня в трудных социальных и экономических условиях зачастую родители нуждаются в помощи и поддержке своих детей. Коммуникация выполняет функцию профессиональной ориентации. Учитывая условия нестабильности в нашей стране, подрастающее поколение практически не ориентируется в рынке труда. Поэтому родители в процессе общения способствуют выбору будущей профессии. Одна из основных функций межпоколенной коммуникации – формирование ценностных ориентаций. Особенно это актуально в современных условиях отчужденности и дистанцирования между поколениями.

Таким образом, ценностные реалии в нашем обществе таковы, что они вступают в противоречие с ценностями, которые совсем недавно были основанием дружелюбия, сотрудничества, взаимопомощи. Принятие или отвержение новых ценностей и установок пожилым человеком как субъективные основания проявляются в типических вариантах в виде дезадаптации, ритуализма, частично автоматизирующего конформизма и успешной ресоциализации пожилого человека. Знание типологии, методов своевременной диагностики субъективных и объективных детерминант ресоциализации пожилого человека позволит специалисту по социальной работе успешно корректировать данные стратегии и заботиться о социальном и психологическом здоровье пожилого человека.

3.2. Изменение потребностей и ценностей пожилых людей

Старость – это не только прожитое, но и нажитое в процессе взаимодействия организации с внешней средой. Это не только результат многолетнего воздействия среды на индивидуума, но и результат сложных процессов диссимиляции, происходящих во внутренней среде организма. Как подчеркивает И. М. Сеченов, у старого человека остается «согласование жизненных потребностей с условиями среды. Изменяются лишь уровень реакции и порог раздражительности, соответственно изменениям в молекулярных, клеточных и тканевых структурах».

Ценностные ориентации личности – это представления человека о главных целях жизни и основных способах достижения этих целей. В. А. Ядов отмечает, что система ценностных ориентаций, идеологичная по своей сущности, формируется на основе высших социальных потребностей (потребность включения в данную социальную среду в широком смысле как интернализация общесоциальных, социально-классовых условий деятельности) и в соответствии с общественными условиями, представляющими возможности реализации определенных социальных и индивидуальных ценностей.

В. Д. Шапиро выделил следующие ценностные ориентации у пожилых людей: работа на производстве; полезность людям, обществу; общественная работа; сознание выполняемого долга; общение с людьми; семья, дети; внуки; уважение, авторитет, забота окружающих; материальное обеспечение; хорошее здоровье; активность, интересный досуг; покой, отдых; независимость от окружающих. Они отражают самые разнообразные потребности, которые присущи и людям среднего возраста, и молодежи: связанные с социальными потребностями (в значимой деятельности, содержательном досуге, спокойном отдыхе, хороших материальных и бытовых условиях); социально-психологические потребности (в межличностном общении, престиже, независимости, чутком, заботливом отношении окружающих); потребность в сохранении здоровья. Специфическими для пожилого возраста являются только ориентация на освобождение от дел и на внуков. Источником удовлетворения для пожилых людей заключается не только в собственном благополучии, но и в благополучии, успехах семьи, близких людей. Ценностная сфера человека меняется с общими тенденциями ценностных изменений поколения. Иерархия ценностей пожилых людей меняется с течением времени (табл. 1).

Иерархия ценностей пожилых людей в 1979 и 1999 годах

Ранг	Ранжирование ценностей пожилыми людьми в 1979 г. (по данным В. Д. Шапиро)	Ранжирование ценностей пожилыми людьми в 1999 г. (по данным Н. Г. Ковалевой)
1	Семья и дети, внуки	Хорошее здоровье
2	Работа на производстве	Семья и дети, внуки
3	Хорошее здоровье	Материальное обеспечение
4	Покой и отдых	Общение с людьми
5	Полезность людям	Независимость в жизни
6	Материальное обеспечение	Полезность людям
7	Активный, интересный досуг	Активный, интересный досуг
8	Общение с людьми	Покой и отдых
9	Независимость в жизни	Сознание выполненного долга
10	Общественная работа	Работа на производстве
11	Сознание выполненного долга	Общественная работа

Такие доминирующие ценности, как «работа на производстве» не просто покинула ценностное ядро, но перебралась на периферию шкалы ценностей (со 2 на 10 ранг, покой и отдых с 4 на 8 место). На смену им появляются «материальное благополучие» (изменившее свой ранг с 6 на 3) и общение с людьми (4 ранг вместо 8). Неизменно значимыми остались непреходящие ценности: семья, дети и здоровье. Помимо «общения с людьми» в ценностном ядре 1999 года оказалась и такая ценность как «независимость в жизни». В целом, автор исследования делает вывод, что по мере переустройства России возрастает самостоятельность пожилых людей, усиление их самоориентации на самореализацию и социальные взаимодействия, а это значит, что учреждения социального обслуживания должны искать пути помощи не пассивным получателям, а активным субъектам жизнедеятельности, что на практике оказывается сложнее. При этом, однако, такая ценность общественного взаимодействия, как «общественная работа» по-прежнему остается в конце списка. Это связано с общей культурой жизнедеятельности в нашей стране и соответствует реальной ситуа-

ции, поскольку в отличие от западных стран, общественная работа на добровольческих началах плохо развита в России, в том числе и в сфере обслуживания самих пожилых людей. Также следует отметить, что базовые ценностные ориентации не возникают у человека внезапно, а формируются на протяжении длительного периода времени. Они относительно устойчивы и изменяются постепенно.

Наряду со стабильными ценностными ориентациями у пожилого человека имеются и относительно неустойчивые ориентации, и по мере старения или под влиянием существенных изменений как в нем самом, так и в окружающей его среде может происходить известное уменьшение тех или иных ценностей. Изменения ценностных ориентаций пенсионеров являются адаптивными процессами, причем к переходу от занятости к незанятости (снижение ранга связанных с занятостью ценностей) пожилой человек приспосабливается быстрее, чем к потере авторитета, независимости, материальным затруднениям. Скорее всего, полного обесценивания тех или других ценностей не происходит, меняется лишь их соотношение: значение одних усиливается или ослабляется за счет других. Вероятно, с возрастом они несколько смещаются в сторону покоя и отдыха.

У пожилых людей, на начальном этапе после выхода на пенсию, сохраняются ценностные ориентации и мотивации, присущие более молодым людям, однако постепенно они снижаются до потребностей чисто витального порядка. Скорость «спуска» зависят от типа приспособления личности к внешним и внутренним условиям старения.

По проведенным психолого-социологическим исследованиям А. В. Писарева в 2005 году основное удовлетворение в жизни пожилым людям приносит семья, дети и внуки. Суммарно на долю этих ценностей приходится около 30 % всех ответов. Ценности, ориентированные на внешнюю активность, занимают несколько более скромные позиции. Общение с людьми приносит основное удовлетворение в пожилом возрасте около 9 % опрошенных, активный досуг, полезность людям и обществу, профессиональный труд – каждую из этих позиций отметили 5 % респондентов. Кроме того, в ответах респондентов высокой значимостью обладает хорошее здоровье (15 % всех ответов), а также покой и отдых – 11 %. Характерно, что фактор материальной обеспеченности, как то, что приносит основное удовлетворение в жизни, отметили лишь 7 % опрошенных. Эти цифры свидетельствуют о том, что материальная обеспеченность воспринимается как инструментальная ценность. В целом, определяя позиции, которые приносят наибольшее удовлетворение в жизни пожилого че-

ловека, большинство респондентов отметило 2–3 ответа из 13 предложенных, при условии, что иные варианты предпочло 4 % опрошенных. Таким образом, спектр наиболее значимых ценностей пожилого человека относительно ограничен. В ответах мужчин и женщин присутствует некоторая дифференциация мнений, но она не носит принципиального характера. Роль семьи, детей и внуков несколько больше для женщин (32 % и 23 % соответственно), значимость ценностей, ориентированных на внешнюю активность – для мужчин (21 и 26 % соответственно), что в принципе соответствует результатам и других авторов. Дифференциация оценок с возрастом также вполне предсказуема. От молодых к старшим пенсионным возрастам возрастает значимость хорошего здоровья: от 14 до 19 %, что очевидно связано с нарастанием по мере старения хронических заболеваний и инвалидности. С возрастом также увеличивается значимость возможности отдыха и покоя: с 9 до 14 % и соответственно снижается роль ценностей, ориентированных на внешнюю активность. Практически не имеют возрастной динамики такие ценности, как семья, дети и внуки; а также потребность в уважении, авторитете и заботе окружающих, что вполне объяснимо, поскольку речь идет о базовых ценностях. Практически стабильна во всех возрастных группах, доля отметивших, что материальная обеспеченность приносит основное удовлетворение в жизни (8 %). Возраст аккумулирует изменения во всех сферах жизни пожилых людей, поэтому важно оценить роль отдельных факторов, которые могут повлиять на мнения пожилых о наиболее значимых ценностях в данном периоде жизни. Прежде всего, – это фактор состояния здоровья. Считают, что хорошее здоровье приносит основное удовлетворение в жизни в пожилом возрасте, – 12 % респондентов с его позитивной и 20 % – с его негативной самооценкой. Характерно, что вариация результатов в зависимости от самооценки здоровья оказалась существенно выше, чем при учете только возраста. Кроме того, исходя из самооценки здоровья, заметно различается значимость такой позиции, как покой и отдых, повышаясь от категории респондентов с хорошим к категории с плохим здоровьем. В зависимости от самооценки здоровья снижается также роль ценностей, ориентированных на внешнюю активность.

Своеобразную эволюцию претерпевает ценность семьи, детей и внуков, которая приобретает максимальные значения в категории респондентов с удовлетворительным состоянием здоровья. Среди тех, кто оценивает свое здоровье как хорошее, ценность семьи конкурирует со значимостью интересов, ориентированных на внешнюю актив-

ность, а среди тех, кто считает свое здоровье плохим, конкуренцию составляет потребность покоя и отдыха. Еще один интересный феномен – это вариация значимости такой ценности, как уважение, авторитет и забота окружающих. Среди опрошенных с хорошим здоровьем лишь 2 % указали, что эта позиция приносит основное удовлетворение в жизни пожилого человека, среди опрошенных с плохим здоровьем – таких было 5 %. Видимо, при ответе на этот вопрос акцент был сделан не столько на уважение и авторитет, сколько на заботу окружающих. Тем более что параллельно снижается потребность быть независимым от окружающих: с 5 до 1 %.

Наличие семьи у пожилого человека, в отличие от фактора состояния здоровья принципиально меняет структуру ценностей. Ценность семьи, детей и внуков максимальна среди тех категорий опрошенных, которые и имеют подобные семьи. Так среди респондентов имеющих детей в полной или неполной семье (с учетом наличия супруга), от 17 до 19 % считают, что именно семья и дети приносят основное удовлетворение в жизни пожилого человека, среди пожилых супружеских пар без детей это мнение разделяют 9 % опрошенных, среди одиноких – 3 %. В категориях респондентов, которые имеют внуков, около 15 % придерживаются мнения, что именно внуки приносят основное удовлетворение жизни пожилого человека.

Структура семьи дифференцирует не только ценности, связанные с семьей. Так, значимость хорошего здоровья, спокойного образа жизни и материальной обеспеченности оказалась максимальной среди пожилых бездетных супругов, где эти ценности с большим отрывом занимают первые три ранговых места. Роль хорошего здоровья отметили 29,3 % бездетных супругов и от 13 до 18 % в других категориях респондентов. Роль такого фактора, как покой, соответственно 19 и 9–12 %; значимость материальной обеспеченности – 14 и 2 % – 10 %. Заметим, что фактору материальной обеспеченности придали самую высокую значимость наиболее обеспеченные категории (бездетные пожилые супруги), которые в подавляющем большинстве оценили свои доходы как высокие и средние. Тогда как среди одиноких, наиболее пессимистично оценивающих свои доходы, фактор материальной обеспеченности, как приносящий наибольшее удовлетворение в жизни пожилого человека, отметили всего 2 % – минимальный процент среди других категорий опрошенных. В группе одиноких респондентов доминируют ценности, ориентированные на внешнюю активность, и, прежде всего, на общение с людьми (20 % в сравнении с 7–10 % в других категориях).

Если же рассматривать фактор уровня жизни изолированно, то оказывается, что он незначительно влияет на систему ценностей пожилых респондентов, в том числе на оценку ими роли фактора материальной обеспеченности. Казалось бы, это противоречит выше полученным результатам. Однако в действительности никакого противоречия нет. Напомним, что крайними оценками роли материальной обеспеченности отличаются группы респондентов, для которых ценности семьи, детей и внуков по объективным причинам крайне низки, а потому их интересы должны быть переориентированы на другие объекты. Для пожилых семейных пар – это спокойная благополучная жизнь, для одиноких людей – ценности, ориентированные на внешнюю активность. В этом контексте и должен быть интерпретирован фактор материальной обеспеченности: в первом случае – фундамент спокойной жизни, во втором, – как мало значимый для формирования близкого микросоциального окружения.

Еще один признак важный для анализа системы ценностей пожилых людей, – это работа, характеризующая сохранение активности в пожилом возрасте. Можно было ожидать, что ценность семьи, детей и внуков окажется выше для неработающих пенсионеров, которые могут уделять семье и ее членам больше внимания. Однако это подтверждается лишь частично. Значимость семейных ценностей незначительно различается среди работающих и неработающих (25 и 30 % соответственно). Существенно большая дифференциация связана с ценностью профессионального труда (13 и 2 % среди работающих и неработающих), активного интересного досуга (9 и 5 % соответственно), возможностью отдыха, спокойного образа жизни (5 и 13 % соответственно). Таким образом, ориентация на более активный образ жизни в пожилом возрасте связана не с отказом от семейных ценностей, а с отказом от пассивного времяпрепровождения.

Результаты опроса проведенного в 2014 году М. Е. Поленовой выявили, что пожилые граждане главной своей ценностью считают здоровье, а уже потом счастливый брак, семью, детей (табл. 2).

Данная иерархия ценностей не случайна и выявляет ряд основных социальных проблем пожилых людей. Во-первых, серьезной проблемой для них является ухудшение здоровья, и как следствие повышение осознания его ценности. Во-вторых, остро проявляется значение брака и семьи, в связи с потребностью в общении, взаимопомощи. Еще одной важной проблемой людей пожилого возраста является поддержание приемлемого материального уровня жизни. К сожалению, свое материальное положение показателем «хорошее» оце-

нили лишь 18 % респондентов, «удовлетворительное» – 71 %, «плохое» – 11 %.

Таблица 2

Ценностные ориентации пожилых людей (2014 год).

Ценностные ориентации пожилых людей	%
Здоровье	80
Счастливый брак, дети, семья	51
Стабильность, спокойная старость	49
Материальное благополучие	43
Мир в стране	18
Хорошие друзья, соседи	17
Уважение окружающих	16
Чистая совесть	10
Интересный досуг	7

При этом 78 % из общего числа опрошенных пользуются мерами социальной поддержки на основании какого-либо льготного статуса, то есть ежемесячно помимо пенсии получают социальные пособия в виде ежемесячной денежной выплаты, ежемесячной денежной выплаты на оплату жилищно-коммунальных услуг. Тем не менее, проведенный опрос показал, что пожилые люди встревожены своим материальным положением, уровнем инфляции, высокой стоимостью жилищно-коммунальных услуг. В связи с этим трудовую деятельность продолжают 28 % респондентов.

Результаты проведенного опроса показывают, что потребность в социальной помощи пожилых людей достаточно велика. Абсолютное большинство пожилых людей (85 %) сталкиваются с социально-бытовыми проблемами. К числу наиболее беспокоящих пожилых людей проблем относятся ремонт жилья (60 %) и оплата коммунальных услуг (28 %).

Люди, окончившие активную трудовую деятельность, часто оказываются в вакууме своего вынужденного социального ограничения. Круг их общения значительно сужается, а из-за материальной несо-

стоятельности они не могут позволить себе организовать интересный и активный отдых. Часто это ведет к депрессии и еще больше усугубляет и без того не блестящее из-за возраста здоровье.

Для людей, окончивших трудовую деятельность, особую ценность начинает приобретать компенсаторская функция досуга, а также потребность в общении. Подмена жизненной цели, ее компенсация в процессе досуговой деятельности на уровне творчества проявляется в таких видах занятий, как резьба по дереву, чеканка, выжигание, вышивка, конструирование, выпиливание и другие виды деятельности. Для большинства людей пенсионного возраста содержание досуговой деятельности ориентировано на потребительские ценности. В этом возрасте в структуру таких ценностей входят общение с природой, возможность побывать в обществе, послушать концерт, посетить театр.

Таким образом, в целом, следует отметить, что на первом месте в структуре ценностей пожилых людей находится семья, дети и внуки. Вместе с тем, ценности, ориентированные на внешнюю активность (общение с людьми, активный досуг, полезность людям и обществу, профессиональный труд) также занимают значимое место. Потребность в хорошем здоровье, а также – покое и отдыхе практически исчерпывают перечень позиций, приносящих наибольшее удовлетворение в жизни пожилого человека.

Принципиальные различия системы ценностей связаны с наличием и структурой семьи пожилого человека. Семья, дети и внуки значимы лишь для тех, кто их имеет. Бездетные пожилые супруги ориентированы, прежде всего, на сохранение здоровья, обеспечение спокойного и материально благополучного образа жизни; одинокие пожилые люди – на внешнюю активность и, прежде всего, на общение с людьми. Дополнительная дифференциация системы ценностей во всех категориях пожилых связана, прежде всего, с возрастом. По мере старения нарастает потребность сохранения здоровья, обеспечения покоя и отдыха взамен ценностей, ориентированных на внешнюю активность.

3.3. Социально-медицинские и экономические составляющие потребностей пожилых людей

Процесс старения особым образом влияет на состояние здоровья человека. В первую очередь он сопровождается развитием возрастных изменений в организме. С возрастом снижается доля заболеваний, протекающих остро, и увеличивается число хронических заболеваний, которые носят множественный характер. Увеличивается риск возникновения ситуаций, требующих не только оказания медицинской, социальной и реабилитационной помощи, но и постороннего ухода.

Рост численности населения старших возрастных групп, наличие характерных особенностей возраста и имеющихся проблем неизбежно приводит к увеличению потребности и количества обращений данной категории граждан за медицинской помощью как в амбулаторно-поликлинические, так и в стационарные учреждения. Они, как правило, имеют по несколько, часто тяжелых, хронических заболеваний. В связи с этим уровень заболеваемости среди них в 2–3 раза, а среди лиц старческого возраста – в 6–8 раз выше, чем у лиц молодого и среднего возраста. Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, а уровень госпитализации составляет около 165 на 1000 человека, что несколько ниже реальной потребности. Людям преклонного возраста, по их субъективному мнению, необходима стационарная медицинская помощь. В настоящее время в стационарных учреждениях здравоохранения наблюдается тенденция сокращения длительности пребывания больного на койке и другие признаки интенсификации лечебно-диагностического процесса. Для пожилых пациентов с хроническими вялотекущими формами заболеваний, которые нуждаются в длительной поддерживающей терапии или реабилитационных мероприятиях после госпитализации это может приводить к ощущениям преждевременной выписки. Оставшись в домашних условиях без посторонней помощи в лице медицинских работников, они не всегда могут самостоятельно справиться с решением основных проблем ухудшающих качество жизни. Пожилые люди, молодость которых совпала с советской системой здравоохранения, демонстрируют невысокий уровень заботы о здоровье. Большинство пожилых людей продолжают транслировать представление о том, что забота об их здоровье лежит на государстве в лице врачей.

Изучая потребности пожилого населения необходимо отметить, что с учетом особенностей организма, пожилые пациенты нуждаются

в длительной поддерживающей терапии и постороннем уходе, то есть в медико-социальной помощи. Однако, согласно статье 22 «Содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)» Федерального закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ при необходимости гражданам оказывается содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение). Социальное сопровождение осуществляется путем привлечения организаций, предоставляющих такую помощь, на основе межведомственного взаимодействия. Мероприятия по социальному сопровождению отражаются в индивидуальной программе.

Пожилые люди в современном российском обществе являются основными клиентами органов социальной защиты и потребителями социальных услуг. Однако доступность некоторых форм оказания помощи, существующих ранее, снизилась. Отсутствие достаточного финансирования привело к сокращению или минимизации определенных привилегий и форм оказания поддержки стареющим гражданам. Тем не менее, потребность в помощи органов социальной защиты сохраняется по сей день. Практика показывает, что в зависимости от возрастной группы у пожилого человека меняется приоритет конкретного вида помощи. Специалисты территориальных органов социального обслуживания считают, что более «молодые» пожилые имеют наиболее частые контакты с учреждениями социальной защиты, а старшие возрастные группы пожилых более нуждаются в материальной поддержке и уходе. Кроме того, одинокие пожилые люди чаще, чем остальные нуждаются наряду с материальной помощью, в личном взаимодействии с работниками социальных служб. Тем не менее, в наши дни старость не характеризуется только негативными и пугающими представлениями о ней. Одной из гуманистических и культурных задач современное общество признало создание условий для удовлетворения потребности людей пожилого возраста в личном социокультурном развитии, которое необходимо искать также и в сфере досуга.

Существуют активные и пассивные виды досуга. К активным занятиям относятся спортивные мероприятия, экскурсионный туризм, посещение кинотеатров, театров, концертных залов, выставок, прогулки, участие в танцевальных группах, работы на дачном участке.

Основными занятиями пассивного досуга в пожилом возрасте являются: занятия художественным и прикладным творчеством, настольные игры, чтение, просмотр телепередач, забота о домашних животных и комнатных растениях. Перечисленные занятия обеспечивают пожилым людям физическое и психологическое удовлетворение, помогают завести новые знакомства, разделить свои интересы с друзьями и близкими, получить возможность самовыражения через творческую или спортивную деятельность.

Активность пожилого человека обуславливают его духовные ценности, интеллектуальные потребности и целесообразное их использование в течение жизненного пути. Многие пожилые люди активно проводили досуг на протяжении всей своей жизни, поэтому и после выхода на пенсию для них очень важно найти занятия, соответствующие их физическим возможностям, способностям и интересам. Однако часто они не располагают достаточной информацией о возможностях досуга, которые им доступны. Поэтому культурные и спортивные учреждения, организующие мероприятия для лиц старшего возраста, должны активнее информировать старшее население о запланированных программах. Это помогло бы уменьшить или устранить некоторые из существующих препятствий, с которыми сталкиваются пожилые люди при организации своего досуга. Кроме недостаточности информации, причинами, препятствующими проведению желаемого досуга, часто являются: отсутствие свободных денежных средств, транспортная труднодоступность, дефицит мероприятий для пожилых людей, физические ограничения. Социальная активность пожилых людей также зависит от состояния их психологического, физического и духовного здоровья и подразумевает использование и активизацию всех жизненных ресурсов, на которые способен человек в старости для развития новых возможностей.

Одним из альтернативных средств удовлетворения широкого круга потребностей пожилого населения: от витальных до духовных является интеграция в интернет-сообщество. К примеру, представители старшего поколения получают новые возможности для самообслуживания (онлайн заказ лекарств, оплата коммунальных платежей), образования и профессиональной активности. Естественно, что и мотивы интеграции достаточно разнообразны. В качестве главного мотива можно выделить стремление к поддержанию и расширению социальных связей. Так, С. Каде констатирует, что поводом для приобщения к Интернету часто является переезд родственников в другой город или за границу. В большинстве случаев коммуникация осуще-

ствляется посредством электронной почты, первыми партнерами по переписке практически всегда становятся собственные дети. Нередко представители старшего поколения прибегают и к нетривиальным видам коммуникации. В частности, все более популярной становится IP-телефония как более дешевый и более качественный аналог междугородней и международной телефонной связи. Данная технология нашла немало поклонников среди пожилых россиян, многие из которых имеют родственников или друзей в «ближнем зарубежье». Сегодня есть все основания говорить о возрастании активности пожилых людей в так называемых «социальных сетях».

В отечественных средствах массовой информации неоднократно поднимался вопрос о необходимости создания российской социальной сети для пожилых. В частности, возможность реализации такого проекта рассматривалась руководством Всероссийской государственной телерадиокомпании (ВГТРК). На Западе подобные социальные сети уже существуют, наиболее известными являются онлайн-ресурсы для пожилых «Saga Zone», «Friends Over 50», «Second Prime», «Over 50s». Общение в сети частично восполняет пожилым людям недостаток социальных контактов, позволяет выйти за рамки узкого социального пространства, избавиться от одиночества. Это в значительной степени облегчает процесс социальной адаптации индивида, его реинтеграцию в общество.

Таким образом, рост популяции пожилых и старых людей приводит к увеличению их потребностей в медико-социальной помощи и услугах. Они нуждаются в долговременных, кратковременных видах помощи, а также в уходе. Потребность в тех или иных видах помощи увеличивается с возрастом. Высокая потребность пожилых и старых людей в медико-социальной помощи превышает возможности ресурсов системы социальной защиты, что является предпосылкой для более тесного сотрудничества всех заинтересованных служб и организаций.

3.4. Удовлетворение потребностей в пожилом возрасте

Период ранней взрослости является крайне важным, так как в этом периоде задаются векторы позитивного развития. В качестве одного из показателей позитивного функционирования можно рассмотреть удовлетворенность жизнью. Данный концепт является крайне неоднозначным. Его часто приравнивают к благополучию, к счастью и моральному состоянию. В отечественной науке также исполь-

зуются термины «благополучие человека», «психологическое благополучие» и «субъективное благополучие», однако четкого разделения и разграничения понятий нет.

Удовлетворенность жизнью – это устойчивое отношение к тем или иным аспектам жизни, формирующееся на основании неоднократно повторяющегося опыта. Удовлетворенность жизнью представляется во многих исследованиях как основной компонент субъективного благополучия (Л. В. Куликов, Р. М. Шамионов). В зарубежных исследованиях удовлетворенность жизнью определяют как составляющую субъективного благополучия (Н. Брэдберн, Э. Динер, А. Вонтермен и К. Рифф). Большинство исследований, направленных на изучение удовлетворенности жизнью, не дают однозначной оценки, позволяющей судить о ее изменчивости и корреляции с возрастом. Ответить на этот вопрос сложно, результаты противоречивы. В одних исследованиях обнаруживается в целом отрицательная связь между возрастом и удовлетворенностью жизнью, по крайней мере, у лиц в возрасте 60 лет и старше. Дж. Эдвардсу и Д. Клеммаку, с другой стороны, во многих исследованиях такой связи выявить не удалось; в действительности, это, наверное, самый типичный вывод, полученный в последних исследованиях. И даже когда некие эффекты все же выявляются, связь между возрастом и удовлетворенностью жизнью оказывается в лучшем случае умеренной. Следует отметить наличие существенных индивидуальных различий в пожилом возрасте. Многие люди преклонного возраста вполне довольны собственной жизнью. У каждого человека свой собственный, персональный путь старения. В современном мире существует группа лиц (сравнительно небольшая в количественном отношении), положительно оценивающих свое старение и довольных своей старостью. Данная категория пожилых людей ориентирована на настоящее. Эти люди не склонны оглядываться назад, но и не имеют определенных планов на будущее.

Интерес представляет рассмотрение старения с точки зрения деятельностного подхода к развитию личности. Его представители – Р. Хейвигхерст, Г. Кремпен, Ф. Хейл, люди своими действиями изменяют собственное окружение, развивают способность справляться с трудными ситуациями, прокладывают свой жизненный путь. Деятельная жизнь выступает условием поступательного развития личности в поздние годы. Действенное, активное отношение к жизни может создать благоприятные условия для прогрессивного развития личности. Важным является то, насколько содержательным и продуктивным окажутся действия человека, насколько личностно значимой

будет его деятельность. Понятие «счастливая старость» не является абстрактным, оно наполнено определенным содержанием, которое соответствует представлению о счастье в любой из возрастных периодов или включает новые и незнакомые в прошлом переживания.

Стремление к «маленькому счастью» в старости так же живо и ярко, как и в течение всей предыдущей жизни, а достижение этого состояния представляется человеку вполне реально. П. Кэмерон отмечает, что термин «счастливый человек» одинаково правомерен как для молодых, так и для пожилых людей. Сравнивая группы старых и молодых людей, этот автор заключает, что человек в старости может быть счастливым в той же мере, что и в молодости.

Нередко пожилые люди, сообщая, что в старости они впервые переживают новые и незнакомые радости и чувства, впервые испытывают довольство собой и окружающим, не могут найти лучшего определения своего состояния, чем счастливое. Удовлетворенность собой в старости – особо важный показатель. Он свидетельствует об отсутствии изменения своего «я». Пожилые люди отмечают появившееся желание бескорыстно быть полезным окружающим. Часть из них открывает для себя, что старость благотворно повлияла на их возможности творчески обработать накопленный опыт, и сознание этого способствует укреплению чувства удовлетворения собой. У пожилых людей этой группы идет активный мыслительный процесс, направленный на решение вопросов «познания смысла собственного существования», «познания себя», то есть вопросов, составляющих содержание жизни человека. Именно при этом варианте психического старения имеется полное согласие с самим собой, согласие с внешним миром, согласие с естественным ходом событий и, наконец, согласие с неминуемостью завершения собственной жизни.

Представление о жизни в старости как жизни полноценной в значительной степени определяется установившимся к этому времени характером деятельности. Удовлетворенность ею – существенный момент в утверждении подобной жизненной концепции. Положительная оценка старения ведет к установлению приемлемых рамок и объема повседневной деятельности (или занятости), а удовлетворенность ими определяет положительное отношение к факту собственного старения.

Удовлетворенность жизнью в старости зависит от оценки прошлого, настоящего и будущего состояний, часто выражается в таких терминах, как «счастье», «благополучие». Она связана с социальным окружением и опытом повседневной деятельности, включая межлич-

ностные и семейные взаимодействия. К. Г. Сердакова [46, с. 35] провела ряд исследований особенностей счастья у людей позднего возраста в контексте изучения субъективного благополучия. В результате ее работы были получены следующие данные: на субъективное благополучие наибольшее влияние оказывает образование, его влияние одинаково велико как у мужчин, так и у женщин; значимым фактором удовлетворенности жизнью у испытуемых является наличие семьи; доход оказывает незначительное влияние на ощущение субъективного благополучия и удовлетворенности жизнью; анализ фактора здоровья не дал однозначных результатов: у людей позднего возраста с тяжелым диагнозом болезни мог оказаться как высокий показатель уровня удовлетворенности жизнью, так и средний или низкий.

Таким образом, не существует единого подхода к определению понятий «старость», «удовлетворенность жизнью», к тому, каковы критерии оценки этих категорий. Современные диагностические методы позволяют конкретизировать содержание понятия «удовлетворенность жизнью», рассматривая его взаимосвязь с состоянием здоровья, семейным положением, имеющимся доходом, уровнем активности пенсионера и др. Отмечается, что представление о жизни в период поздней зрелости определяется характером деятельности. Удовлетворенность жизнью является основным и интегральным показателем «счастливой старости». Важно, чтобы у человека пенсионного возраста было желание выбирать свою занятость, а форма и характер имеет гораздо меньшее значение и могут быть самыми разными.

Контрольные вопросы и задания

1. Охарактеризуйте основные проблемы населения старшего возраста: ухудшение здоровья, малообеспеченность, одиночество. Достижение старости как социальный риск.
2. В чем заключается современная трансформация межпоколенных семейных отношений?
3. Супружеские отношения в пожилом возрасте. Дайте характеристику.
4. Насилие над пожилыми людьми. Суицид в пожилом возрасте.
5. Каковы место и роль пожилого человека в социуме?

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА РАННИХ И ПОЗДНИХ СТАДИЯХ СТАРЕНИЯ

Наличие хорошего психического здоровья в течение жизни не обеспечивает иммунитета к психическим нарушениям в пожилом и старческом возрасте. Пожилые люди страдают психическими заболеваниями значительно чаще, чем молодые и люди среднего возраста. Так по данным Всемирной организации здравоохранения среди пожилых людей 236 из 100 тысяч населения страдают психическими заболеваниями, в то время как в возрастной группе от 45 до 64 лет – только 93. Однако не надо думать, что старость неизбежно связана с ухудшением здоровья, в том числе психического. Многие заболевания позднего возраста можно вылечить. Важно быть внимательным к себе и своим пожилым родственникам и вовремя обращаться к врачу.

Между тем пожилые люди обращаются к психиатрам и психотерапевтам в два раза реже, чем население в целом. Люди старше 60 лет часто не замечают своих психических расстройств или рассматривают их как неизбежный результат старения. К сожалению, это совершенно неправильное отношение бытует и у родственников, которые все объясняют преклонным возрастом и думают, что все равно ничего нельзя сделать.

Характерной особенностью психопатологических расстройств в пожилом и старческом возрасте является феномен соматизации, то есть телесного выражения психических расстройств. Такие больные обращаются за помощью к врачам общего профиля, которые не всегда могут распознать психические нарушения у пожилых пациентов, особенно если это касается депрессивных нарушений и легких расстройств памяти и мышления. Необходимо отмечать перемены в поведении или настроении своих пожилых родственников, они могут быть симптомами депрессии, деменции, психогенно-невротических расстройств. Многие соматические заболевания пожилого возраста сопровождаются психическими расстройствами, и здесь так же необходима помощь психиатра. Правильное лечение может привести к улучшению состояния и вернуть пожилого человека к полноценной счастливой жизни.

У пациентов пожилого возраста широко представлены различные проявления неврозоподобного синдрома, в основе которых, прежде всего, – церебральный атеросклероз. Характерны жалобы на ощущение

тяжести в голове, шум и звон в ушах, головокружения, пошатывание при ходьбе или вставании с постели, нарастающую утомляемость даже при небольших физических нагрузках. Появляется потребность в дневном отдыхе. Больные становятся раздражительными, нетерпеливыми, плохо переносят шум, легко появляются слезы на глазах, отмечается снижение памяти, нарушается сон. Помощь в таких случаях обычно осуществляется амбулаторно.

Наиболее распространенное психическое нарушение пожилого возраста – депрессия. Настроение снижено, характерно непреходящее чувство тоски или тревоги, появляется чувство ненужности, безнадежности, беспомощности, необоснованной виновности, потеря интереса к прежним любимым занятиям, семье, друзьям, работе. Снижение умственной работоспособности, в основе которой лежит неспособность сконцентрировать внимание, ухудшение памяти и общая дезорганизация психических процессов, – также могут быть проявлением депрессии. Депрессия может иметь и соматические проявления: потеря или, наоборот, усиление аппетита, бессонница или сонливость, постоянная усталость, запоры, болевые ощущения, которые нельзя объяснить соматическим заболеванием.

Деменция – это заметное снижение интеллектуально-мнестического уровня, связанное с различными заболеваниями головного мозга. При этом наблюдается снижение памяти, ведущее к дезориентации в окружающем, растерянность, неспособность выполнять даже простейшие интеллектуальные операции. Такие больные не помнят, где они живут, могут потеряться на улице. В тяжелых случаях происходит разрушение навыков самообслуживания: больные не могут сами умыться, одеться, теряют навыки приема пищи и соблюдения личной гигиены. Причиной деменции в пожилом и старческом возрасте чаще всего бывают сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз, заболевания сердца) и атрофические заболевания головного мозга, чаще всего это болезнь Альцгеймера.

4.1. Депрессия

Депрессия (от лат. *Deprimo* – «давить», «подавить») – психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.), двигательной затормо-

женностью. При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или иными психотропными веществами.

Депрессия – одно из самых часто встречающихся заболеваний нервной системы у людей старшего возраста. Согласно данным ВОЗ, депрессивное расстройство возникает примерно у 40 % людей старше 55 лет, но только единицы из них получают квалифицированную помощь, остальные могут не догадываться о своей проблеме или не желают обращаться за помощью к психиатру или психотерапевту. К сожалению, в пожилом возрасте у людей возникает сразу несколько предпосылок к развитию этого заболевания. Чаще всего от депрессивных расстройств страдают женщины в возрасте 50–60 лет, примерно в 2 раза реже – мужчины в 55–65 лет.

Развитие заболевания в этом возрасте связано с возрастными изменениями в нервной системе – адаптивные возможности психики уменьшаются, истощаются резервы нервной системы и человек начинает гораздо острее реагировать на любые раздражители. Стресс, нервное перенапряжение и усталость, с которыми больной легко справлялся в 35–45 лет, может оказаться слишком сильным в более пожилом возрасте и вызвать тяжелое нервное расстройство или депрессию. Практически все люди старшего возраста страдают от тех или иных соматических заболеваний, а у большинства, к выходу на пенсию, собирается целый «букет» заболеваний. Это не только отрицательно сказывается на настроении и самочувствии пожилого человека, но и может спровоцировать развитие депрессии, возникающей из-за постоянно плохого самочувствия, ограничения двигательной и социальной активности. Еще одна причина возникновения депрессивного расстройства в пожилом возрасте – это сосудистые заболевания головного мозга. Кроме патологии нервной системы спровоцировать депрессию могут следующие заболевания: патологии щитовидной и паращитовидных желез, сахарный диабет, артериальная гипертензия. Давно замечено, что после выхода на пенсию состояние многих мужчин и женщин резко ухудшается в связи с изменением их социального статуса. Кто-то начинает страдать от обострения хронических заболеваний, а у кого-то может развиться так называемая «пенсионная депрессия». Основная причина резкого ухудшения состояния – это отсутствие привычной деятельности, человек резко оказывается в социальной изоляции, чувствует себя не нужным, бесполезным, не знает, чем заняться в свободное время. От подобных проблем чаще всего

страдают «трудоголики», карьеристы, которые все свое свободное время и мысли посвящали работе. Обычно с «пенсионной депрессией» сталкиваются мужчины, которые не могут отказаться от привычной социальной роли и не пытаются найти «другую нишу». Женщины, как правило, легче переживают уход на пенсию, так как у них возникает возможность больше времени уделять семье, детям и внукам. Самая частая и наиболее значимая причина развития депрессии в пожилом возрасте связана с уменьшением круга общения, разрывом семейных связей и одиночеством. С возрастом человеку становится все сложнее заводить новые знакомства, завязывать отношения, круг общения неуклонно уменьшается, и часто, к старости, такой больной остается один. Еще тяжелее в пожилом возрасте происходит разрыв семейных связей. Депрессивное расстройство у пожилых женщин чаще всего развивается именно из-за этого – к 50–55 годам дети вырастают и не нуждаются в заботе, дом пустеет, возникает синдром «пустого гнезда». Также, по статистике, более половины женщин старше 40 лет страдают от отсутствия личной жизни, что также негативно отражается на состоянии эмоциональной сферы. При постоянном приеме многих лекарственных препаратов может развиваться вторичная депрессия.

Чем старше возраст больного, тем сложнее лечение – это правило на 100 % срабатывает в отношении депрессивных расстройств. Диагностировать и лечить старческую депрессию гораздо тяжелее из-за стертости клинической картины болезни и нежелания больного признавать наличие заболевания и сотрудничать со специалистами. Изменение в настроении, уныние, раздражение, апатия и негативные мысли представители старшего поколения готовы объяснять, чем угодно, но только не патологиями нервной системы. К сожалению, причин для негативного мышления, раздражения или плохого настроения любой современный гражданин может найти множество – от политической нестабильности и угрозы терроризма в стране до тяжелых материально-бытовых условий, проблем со здоровьем и отсутствием внимания и заботы со стороны близких людей. Еще недавно бодрый и достаточно активный человек перестает покидать свой дом, любая необходимость пойти куда-либо заставляет его нервничать, чувствовать себя незащищенным и слабым. Такое мероприятие требует или длительной «подготовки», прежде всего моральной, или вызывает у больного тревогу, беспокойство. По мере развития депрессии сужается круг интересов человека, он перестает посещать развлекательные мероприятия, друзей и родственников, просто гулять по

улице, может вообще отказаться покидать дом или ограничивает все походы к врачу и в магазин. Больные начинают чрезмерно переживать и тревожиться за себя и своих близких. Это может выражаться в долгих разговорах, попытках контроля по телефону и лично или в постоянных переживаниях, которые сильно ухудшают состояние больного. При всех видах депрессии наблюдаются проблемы со сном и аппетитом. В пожилом возрасте очень часто возникает бессонница, нарушение засыпания, тревожный поверхностный сон и резкое снижение аппетита. Проявления депрессии нередко схожи с симптомами старческой деменции, больные с трудом концентрируют внимание на происходящем, у них ухудшается память и когнитивные функции. Один из самых характерных симптомов старческой депрессии – это постоянные жалобы на ухудшение самочувствия, имеющиеся заболевания и проблемы со сном, аппетитом, артериальным давлением и так далее. Именно с такими жалобами обращаются до 90 % всех больных, страдающих от депрессии. И так как у людей старшего возраста всегда есть нарушения в работе тех или иных органов и систем, их начинают активно лечить. Но при клинической депрессии у пожилых никакое лечение соматических заболеваний не поможет улучшить самочувствие и настроение. Навязчивые идеи ненужности, самообвинения или обвинения своих близких – еще одна большая проблема всех больных депрессией. В пожилом возрасте человеку гораздо проще «найти» причину своего состояния, он может обвинять в этом своих близких: «не уделяют достаточно внимания», «я стал им не нужен» или себя – «я теперь слаб, бесполезен, обуза для своих близких». В тяжелых случаях состояние больного утяжеляется бредовыми расстройствами, суицидальными мыслями или патопсихологическими изменениями в поведении. Так, больные могут отказаться выходить из дома, общаться с близкими людьми или обвинять их в плохом отношении, отсутствии заботы. Развивается депрессия в пожилом возрасте медленно, незаметно для окружающих, просто у больного начинает «портиться» характер, он перестает выходить из дома, превращается в постоянного брюзжащего, всем недовольного человека, который раздражается по самому незначительному поводу и изводит близких обидами, тревожными предчувствиями, мрачными предзнаменованиями или жалобами на свое плохое самочувствие.

Лечение депрессии у людей пожилых имеет свои сложности. Больные редко признают необходимость комплексного лечения и если специальные препараты большинство из них принимают, то на изменение образа жизни и работу с психотерапевтом соглашаются

единицы. А ведь без этого добиться стойкой ремиссии или выздоровления практически невозможно. Психотерапевтические методы лечения не пользуются популярностью у людей старшего возраста, большинство из них отказываются от помощи психотерапевта. Наиболее эффективными методами психотерапии в лечении больных старшего возраста считаются когнитивно-поведенческая психотерапия, межличностная и семейная психотерапия. Избавиться от депрессии можно только активно сотрудничая с больным, для этого необходимо изменить его образ жизни, постараться найти занятие, которое сможет увлечь пожилого человека. Не менее важно увеличить социальную активность больного, уговорить его заниматься спортом, правильно питаться, соблюдать режим дня.

Психическое здоровье лиц пожилого возраста с разной степенью эффективности улучшают различные типы вмешательств: физические упражнения, которые приносят как физическую, так и психологическую пользу, включая большую удовлетворенность жизнью, хорошее настроение и психическое благополучие, смягчение проявлений психологического дистресса и симптомов депрессии, снижение кровяного давления, улучшение работы сердца), улучшение социальной поддержки путем дружеского отношения. Пожилые люди нуждаются в поощрении своих действий. Желательно чаще подтверждать правильность их действий и поощрять успехи. «Вы сегодня увереннее двигаетесь с тростью!», «Как Вы хорошо сегодня сели на кровать!», «Вам эта кофта очень к лицу!» и т. д. Расспросы пожилых людей об их прошлом очень благотворно действуют на них. Попросите рассказать пожилого человека о его родственниках, детстве, местах, где он жил в юности, о прошлой работе, интересах. Очень хорошо вместе рассматривать старые фотографии мест, где он родился, жил, трудился, особенно те, на которых он изображен в силе, при исполнении социально значимой работы. Это всегда способствует повышению самоуважения пожилого человека. Однако пожилые люди должны чувствовать Вашу действительную заинтересованность в рассказываемых событиях, Ваше желание пережить то, что когда-то он пережил и прочувствовал. Если он не поверит Вашей заинтересованности, то, скорее всего, замкнется в себе, и Вы надолго потеряете его доверие. Важно проводить просветительскую работу с пожилыми лицами с хроническими заболеваниями и опекающими их людьми, встречи для обсуждения событий жизни. Депрессию в пожилом возрасте тяжело диагностировать. Ее симптомы часто незаметны за другими заболеваниями, которые бывают у людей преклонного возраста, терапевты редко на-

правляют пациентов к врачу, специализирующемуся на психологических проблемах. Больные больше обращают внимание на соматические проявления депрессии: усталость, потерю аппетита, бессонницу. Родственники нередко не придают значения жалобам пожилых, так как считают это состояние нормальным проявлением старости.

4.2. Деменция

Деменция (лат. dementia) – приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых. В отличие от олигофрении, слабоумия врождённого или приобретённого в младенчестве, представляющей собой недоразвитие психики, деменция – это распад психических функций, происходящий в результате поражений мозга, наиболее часто – в старости. Деменция представляет собой состояние, приобретённое вследствие органического поражения мозга, и проявляется нарушением интеллекта, мышления, памяти, понимания, речи и других познавательных функций. Чаще всего заболевание прогрессирующее, сопровождается социальной дезадаптацией и может приводить к инвалидности. В наибольшей степени деменция затрагивает лиц старшего возраста.

Классификации деменций: деменции, связанные с неврологическими и сосудистыми заболеваниями (например, при болезни Альцгеймера или атеросклерозе сосудов головного мозга); деменции при болезнях внутренних органов (хроническая почечная и печеночная недостаточность); деменции при интоксикациях (например, алкогольная или деменции при хронических отравлениях мышьяком, соединениями азота на промышленных производствах).

По локализации деменцию выделяют: корковую – с преимущественным поражением коры головного мозга (болезнь Альцгеймера, лобно-височная лобарная дегенерация, алкогольная энцефалопатия); подкорковую – с преимущественным поражением подкорковых структур (прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Гентингтона, болезнь Паркинсона, мультиинфарктная деменция (поражение белого вещества)); корково-подкорковую (болезнь с тельцами Леви, корково-базальная дегенерация, сосудистая деменция); мультифокальную – с множественными очаговыми поражениями (болезнь Крейтцфельдта – Якоба).

Причиной деменции у пожилых часто служит хроническое употребление лекарств. Обычно это наблюдается при одновременном назначении нескольких препаратов в неадекватно больших дозах. Такая деменция обратима при отмене лекарств. Чаще всего «виновниками» временного ослабления интеллекта и памяти являются снотворные, антидепрессанты, гипотензивные и антиаритмические препараты.

Наиболее распространенная причина деменции – болезнь Альцгеймера. Что ее вызывает, не известно, но определенную роль играет наследственность, так как болезнь часто выявляется у членов одной семьи и, возможно, к ней приводят некоторые генетические нарушения. При болезни Альцгеймера участки головного мозга подвергаются дегенерации, то есть происходит разрушение клеток, а оставшиеся хуже реагируют на воздействие нейромедиаторов – веществ, передающих сигналы в головном мозге. В нем образуются патологические ткани (так называемые сенильные бляшки и нейрофибриллярные клубковидные скопления) и аномальные белки, которые врач выявляет при биопсии мозга.

Вторая по распространенности причина деменции – последовательные мелкоочаговые инсульты. После каждого из таких микроинсультов обычно не возникают слабость или паралич, которые являются следствием больших инсультов. Эти маленькие инсульты постепенно уничтожают мозговую ткань. Области, разрушенные в результате прекращения кровоснабжения, называются зонами инфаркта мозга. Так как этот тип деменции вызван развитием множества микроинсультов, такое состояние известно как мультиинфарктная деменция. Она часто наблюдается при повышенном артериальном давлении или сахарном диабете, которые ведут к повреждению кровеносных сосудов головного мозга. Деменция бывает также следствием травмы мозга или остановки сердца.

Другие причины деменции встречаются реже. Например, синдром Пика – редкое состояние, во многом похожее на болезнь Альцгеймера, – отличается тем, что поражает только маленькую область головного мозга и прогрессирует более медленно. При болезни Паркинсона деменция рано или поздно развивается у 15–20 % людей. Она также возникает у больных с болезнью Крейтцфельда–Якоба – редким, быстро прогрессирующим заболеванием головного мозга, возбудителем которого, вероятно, является вирусоподобный агент под названием прион.

Гидроцефалия с нормальным давлением развивается, когда жидкость, которая обычно окружает головной мозг и защищает его от

повреждения, всасывается в кровь в недостаточном количестве, вызывая необычный тип деменции. Такая гидроцефалия не только приводит к ухудшению интеллектуальных функций, но также к недержанию мочи и изменению походки. В отличие от многих других причин деменции, гидроцефалию с нормальным давлением можно вылечить, если вовремя принять меры.

Люди, которые периодически переносят повторные травмы головы, например, у боксеров, часто развивается «кулачная» деменция (деменция боксеров, или хроническая прогрессирующая травматическая энцефалопатия). У некоторых из них также отмечается гидроцефалия. Иногда у пожилых людей, страдающих депрессией, наблюдается ухудшение познавательной деятельности, но настоящей деменции у них нет. Они мало едят и спят, жалуются на потерю памяти и этим отличаются от больных истинной деменцией, которые обычно отрицают ухудшение памяти.

Симптомы деменций могут быть различными, в зависимости от основного заболевания, на фоне которого она развивается. Как правило, начальные проявления характеризуются снижением активности, интересов, апатией, возникновением зависимости от близких. На фоне постепенного снижения интеллекта и интересов нарастает неряшливость, неспособность ухаживать за собой. Усиливается забывчивость, вплоть до того, что больные не помнят имена близких, забывают их внешний вид, не могут сказать позавтракали ли они, какой сегодня день недели. Могут нарушаться функции речи, счета и письма. Так, больные путают слова, в словах меняют слоги местами, или не способны к произвольной речи, а только повторяют сказанные другими фразы. Эмоциональность так же может существенно изменяться: больные не способны на радость или печаль, кажутся отрешенными от всего окружающего, или же их эмоции могут быть излишне вычурными, неуместными, неподходящими случаю. На фоне расстройств мышления и эмоций возможно возникновение бреда и галлюцинаций.

Деменция, как правило, начинается медленно и прогрессирует постепенно, так что в начальных стадиях ее выявить невозможно. Память, способность следить за временем, узнавать людей, места и предметы постепенно ухудшаются. При деменции человеку трудно подобрать нужное слово и абстрактно мыслить (например, оперировать числами). Частым симптомом являются также изменения личности: обычно та или иная специфическая черта личности «заостряется».

Деменция, вызванная болезнью Альцгеймера, начинается незаметно. Если болезнь развивается у работающего человека, он посте-

ленно теряет профессиональный уровень, а если человек уже не работает, то изменения сначала бывают незаметны. Первым признаком является плохая память на недавние события, хотя иногда болезнь начинается с депрессии, страхов, беспокойства или апатичности и других изменений личности. Нередко меняется речь: человек начинает пользоваться более простыми оборотами, использует слова неправильно или не может подобрать нужное слово. Неспособность понимать дорожные знаки затрудняет вождение автомобиля. Со временем изменения становятся более значительными, и постепенно больной утрачивает способность полноценно общаться и сотрудничать с людьми.

Деменция, вызванная повторными микроинсультами, в отличие от вызванной болезнью Альцгеймера, нередко имеет «ступенчатое» течение с внезапными ухудшениями и последующими улучшениями. Новое ухудшение может развиваться спустя месяцы или годы после возникновения очередного инсульта. Контролируя повышенное артериальное давление и течение сахарного диабета, иногда удается предотвратить повторное развитие инсультов – в таких случаях наблюдается определенное улучшение.

Некоторые люди умело скрывают связанные с деменцией нарушения. Они избегают сложных действий, например расчетов по чековой книжке, не читают и не работают. Те, кто не в состоянии перестроить жизнь, как правило, испытывают отрицательные эмоции, так как не способны выполнять повседневные обязанности. Они не помнят о важных делах или делают их неправильно, например, неверно оплачивают счета или забывают выключить плиту.

Деменция развивается у различных людей с разной скоростью. В наиболее тяжелых формах деменция ведет к почти полному расстройству функций головного мозга. Больные все больше погружаются в себя и перестают контролировать свое поведение. Возникают немотивированные эмоциональные вспышки, частая смена настроения, человек может бесцельно блуждать. Постепенно такие люди теряют способность поддерживать разговор и вообще перестают говорить.

Перечень заболеваний, которые могут сопровождаться деменцией: болезнь Альцгеймера (50–60 % всех случаев деменции); сосудистая (мультиинфарктная) деменция (10–20 %); алкоголизм (10–20 %); аноксия, черепно-мозговая травма (10–20 %); нормотензивная гидроцефалия (10–20 %); болезнь Паркинсона (1 %); хорея Гентингтона (1 %); прогрессирующий супрануклеарный паралич (1 %); болезнь Пика (1 %); боковой амиотрофический склероз; спиноцеребеллярные дегенерации.

Виды деменции: сосудистые деменции (церебральный атеросклероз); атрофические деменции (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика); смешанные; лакунарное (дисмнестическое) слабоумие. Больше всего страдает память: прогрессирующая и фиксационная амнезия. Больные могут компенсировать свой дефект, записывая важное на бумаге. Эмоционально-личностная сфера страдает негрубо: ядро личности не затрагивается, возможны сентиментальность, слезливость и эмоциональная лабильность.

При тотальном слабоумии отмечаются грубые нарушения как в познавательной сфере (патология памяти, нарушения абстрактного мышления, произвольного внимания и восприятия) и личности (расстройства нравственности: исчезают чувства долга, деликатность, корректность, вежливость, стыдливость; разрушается ядро личности). Локальные атрофические и сосудистые поражения лобных долей мозга являются причинами тотального слабоумия.

Классический и наиболее часто встречающийся вариант – атеросклероз сосудов головного мозга. На разных стадиях развития заболевания симптоматика различается. При начальной стадии преобладают неврозоподобные расстройства (слабость, вялость, утомляемость, раздражительность), головные боли, нарушения сна. Появляется рассеянность, дефекты внимания. Появляются аффективные нарушения в виде депрессивных переживаний, недержание аффекта, «слабодушие», эмоциональная лабильность. Заострение черт личности. На следующих этапах более отчетливыми становятся нарушения памяти (на текущие события, имена, даты), которые могут приобрести более грубые формы: прогрессирующая и фиксационная амнезии, парамнезии, нарушения в ориентировке (синдром Корсакова). Мышление теряет гибкость, становится ригидным, снижается мотивационный компонент мышления и формируется частичная атеросклеротическая деменция по дисмнестическому типу с преобладанием расстройств памяти. Относительно редко при церебральном атеросклерозе возникают острые или подострые психозы, чаще в ночное время, в виде делирия с нарушением сознания, бредом и галлюцинациями. Нередко могут возникать хронические бредовые психозы, чаще с параноидальным бредом. Это первичная дегенеративная деменция, сопровождающаяся неуклонным прогрессированием нарушением памяти, интеллектуальной деятельности высших корковых функций и приводящая к тотальному слабоумию.

Деменция включает в себя несколько стадий: инициальная стадия; стадия тяжелой деменции; стадия умеренной деменции.

При инициальной стадии отмечаются когнитивные нарушения, мнестико-интеллектуальное снижение: забывчивость, затруднение в определении времени, ухудшение социальной, в том числе профессиональной, деятельности; нарастают явления фиксационной амнезии, нарушения ориентировки во времени и месте; нейропсихологические симптомы, в том числе афазия, апраксия, агнозия. Эмоционально-личностные нарушения: эгоцентризм, субдепрессивные реакции на собственную несостоятельность, бредовые расстройства. На этом этапе болезни Альцгеймера пациенты критически оценивают свое состояние и пытаются скорректировать нарастающую собственную несостоятельность.

При тяжелой деменции происходит полный распад памяти, фрагментарны представления о собственной личности. Теперь уже необходима тотальная поддержка (больные не могут соблюдать правила личной гигиены). Агнозия достигает крайней степени (по затылочному и лобному типу одновременно). Распад речи чаще по типу тотальной сенсорной афазии.

При умеренной деменции отмечается височно-теменной нейропсихологический синдром, нарастает амнезия, количественно прогрессирует дезориентировка в месте и времени. Особенно грубо нарушаются функции интеллекта (выражено снижение уровня суждений, трудности в аналитико-синтетической деятельности), а также инструментальных его функций (речи, праксиса, гнозиса, оптико-пространственной деятельности). Интересы больных крайне ограничены, нужна постоянная поддержка, уход; не справляются с профессиональными обязанностями. Тем не менее, на этом этапе больные сохраняют основные личностные особенности, чувство собственной неполноценности и адекватное эмоциональное реагирование на болезнь.

Первый признак деменции – это забывчивость, очевидная для окружающих. Врач обычно ставит диагноз, расспрашивая пациента и его родственников. Он исследует состояние интеллекта больного, задавая простые вопросы, записывая ответы и подсчитывая сумму баллов на основании степени их правильности. Чтобы определить выраженность ухудшения и узнать, имеется ли у человека истинное снижение интеллекта, может потребоваться более сложное (нейропсихологическое) исследование. Врач диагностирует деменцию на основании полной картины, принимая во внимание возраст человека, историю семьи, особенности появления симптомов и их развития, а также наличие других болезней (например, повышенного артериального

давления или сахарного диабета). Одновременно врач ищет излечимую причину снижения интеллекта, к примеру, болезнь щитовидной железы, изменение содержания солей в крови, инфекцию, дефицит витаминов или депрессию. Кроме того, всегда проводят стандартное биохимическое исследование крови, и врач учитывает, какие лекарства получает человек, чтобы разобраться, не являются ли они причиной болезни. Он может назначить компьютерную томографию (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), чтобы исключить опухоль мозга, гидроцефалию или инсульт. В качестве причины деменции у пожилых людей, память которых постепенно ухудшается, врач подозревает болезнь Альцгеймера. Хотя такой диагноз правилен примерно в 85 % случаев, он считается доказанным только после исследования мозга при помощи биопсии. Для диагностики болезни Альцгеймера предложены также исследования спинномозговой жидкости и специальное обследование мозга, называемое позитронно-эмиссионной томографией (ПЭТ), но они все же недостаточно надежны.

Деменция в большинстве случаев неизлечима, та, которая вызвана повторными микроинсультами, неизлечима, но ее прогрессирование может быть замедлено или даже остановлено за счет лечения сопутствующих состояний – повышенного артериального давления или сахарного диабета. Хотя деменция является хроническим состоянием и интеллектуальные функции восстановить невозможно, прекрасный эффект дают поддерживающие меры. Например, ориентироваться во времени больному помогают большие часы и календари, а ухаживающим за ним людям рекомендуют чаще напоминать ему о том, где он находится и что происходит. Яркая и радостная окружающая обстановка, минимум изменений и регулярная активность с небольшой нагрузкой – вот то, что необходимо больному. Если распорядок дня стабилен и прост, ожидания окружающих реалистичны и при этом человек не снижает полностью самооценку и не теряет чувство собственного достоинства, то фактически может возникнуть даже некоторое улучшение. Близкие люди должны тактично руководить действиями больного, но не обращаться с ним, как с ребенком. Ругать больного деменцией за ошибки и неспособность что-либо понять или запомнить бесполезно – это может ухудшить положение. Как правило, деменция усиливается со временем, необходимо планировать будущее. Это обычно требует объединенных усилий врача, работников патронажа, медсестер и юриста. Однако ответственность в большинстве случаев ложится на членов семьи, и напряжение, которое они испытывают, нередко бывает непосильным.

4.3. Болезнь Альцгеймера

Болезнь Альцгеймера (от англ. Alzheimer's disease) (также сенильная деменция альцгеймерского типа) – наиболее распространённая форма деменции, неизлечимое дегенеративное заболевание, впервые описанное в 1906 году немецким психиатром Алоисом Альцгеймером. Как правило, она обнаруживается у людей старше 65 лет, но существует и ранняя болезнь Альцгеймера – редкая форма заболевания.

Врачи и философы Древней Греции и Рима связывали старость с ослаблением рассудка, однако лишь в 1901 году немецкий психиатр Алоис Альцгеймер отметил случай болезни, которая впоследствии была названа его именем. Анализ заболевания пятидесятилетней Августы Д. он опубликовал впервые в 1906 году, после того как пациентка, за которой он наблюдал, скончалась. В течение последующих пяти лет в медицинской литературе появилось еще одиннадцать похожих описаний, причём авторы некоторых из них уже использовали термин «болезнь Альцгеймера». Эмиль Крепелин был первым, кто назвал болезнь Альцгеймера самостоятельным заболеванием. В 1910 году он выделил её в качестве подтипа сенильной деменции в восьмом издании своего учебника по психиатрии, дав ей параллельное название «пресенильная деменция».

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенным видом деменции (слабоумия) и составляет 35–45 % от всех дементных состояний. Если на заре двадцатого века болезнь Альцгеймера рассматривалась как редкое заболевание, то сегодня распространенность данной патологии приняла характер эпидемии. Врачи начали бить тревогу во второй половине прошлого века, прогнозируя многократное увеличение заболеваемости. Тогда такие мрачные предсказания многим показались преувеличением, вызванным погоней за сенсациями. Однако действительность превзошла самые печальные прогнозы. Так, в 1992 году австрийские ученые предсказали к 2050 году без малого трехкратное увеличение количества пациентов с болезнью Альцгеймера в стране (с 48 до 120 тыс.). Однако рубеж в 120 тыс. больных был пройден еще в 2006 году. Сегодня Всемирная организация здравоохранения насчитывает в мире около 26,6 млн пациентов с болезнью Альцгеймера и прогнозирует четырехкратное увеличение этого показателя к 2050 году. С 1994 года по инициативе Международной организации по борьбе с болезнью Альцгеймера во всем мире ежегодно 26 сентября проходят различные мероприятия, посвящен-

ные пациентам с этим тяжелым недугом. Болезнь Альцгеймера занимает четвертое место среди причин смертности людей пожилого возраста и входит в пятерку важнейших медико-социальных проблем современного человечества. Согласно статистике средняя продолжительность жизни пациента с болезнью Альцгеймера составляет 7 лет и только 3 % больных удается перешагнуть 15-летний рубеж. По приносимому обществу экономическому ущербу болезнь Альцгеймера занимает «почетное» третье место. Люди, знающие два языка, страдают от данного вида старческой деменции в два раза реже. Известные люди с болезнью Альцгеймера: Мохаммед Али (Американский боксёр); Маргарет Тэтчер (Премьер-министр Великобритании); Анни Жирардо (Французская актриса); Луи Феро (французский модельер).

Первые заметные проявления обычно по ошибке связывают с преклонным возрастом или объясняют влиянием стресса. Наиболее часто на ранних стадиях распознаётся расстройство памяти, этот симптом может проявляться, например, неспособностью вспомнить недавно заученную информацию. При обращении к врачу и подозрении на болезнь Альцгеймера, для уточнения диагноза обычно анализируют поведение, проводят серию когнитивных тестов, если возможно, проводится МРТ (магнитно-резонансная томография).

Факторы повышенного риска болезни: пожилой возраст; серьезная черепно-мозговая травма; тяжелые психологические потрясения; перенесенные эпизоды депрессии; отсутствие высшего образования; низкая интеллектуальная активность в течение жизни; избыточная масса тела; малоподвижный образ жизни; низкая интеллектуальная активность в повседневной жизнедеятельности; пристрастие к кофе.

При подозрении на болезнь Альцгеймера врачи задают много вопросов, поэтому больному следует психологически настроиться и заранее подготовить некоторые сведения. Проведение опроса занимает ведущее место в процессе диагностики болезни Альцгеймера. Анализируя полученную информацию о характере жалоб, динамике развития патологии, наличии предрасполагающих факторов доктор может предварительно поставить диагноз той или иной стадии болезни Альцгеймера или заподозрить другое заболевание, ставшее причиной появления беспокоивших пациента симптомов.

При проведении опроса для диагностики болезни Альцгеймера предлагаются различные психологические тесты: утром стало намного сложнее встать с постели; трудно собраться перед выходом «в свет» (к друзьям, в кино и т. п.); вокруг стало больше неприятных

и недоброжелательных людей; часто бывают периоды плохого расположения духа, когда ничего не хочется делать; в последнее время неважное самочувствие, чаще беспокоят хронические заболевания; реже стали общаться с друзьями, соседями, родственниками; чаще наворачиваются слезы на глаза; стали сильно мерзнуть и стараетесь укутаться потеплее; неприятны резкие звуки и яркий солнечный свет; снизился аппетит; в последнее время окружающие стали меньше уделять вам внимания; фраза: «Утром чувствую себя лучше всего» – это не про вас; многие вещи, которые раньше радовали, сегодня стали абсолютно безразличны; можете подолгу лежать в кровати без дела; время от времени ощущаете беспричинную тревогу; любимую раньше работу выполняете без былого энтузиазма; воспоминания о прошлом часто приносят острую тоску.

Нейропсихологические тесты при болезни Альцгеймера предназначены для выявления нарушений так называемых когнитивных функций, таких как: память; восприятие; речь; интеллект (анализ информации, включающий выявление главного и второстепенного, общего и частного, сходства и различия; способность к логическим построениям); праксис (сложные целенаправленные действия). Тест для определения нарушений функции восприятия позволяет выявить болезнь Альцгеймера на начальных стадиях развития. Если пациент не может назвать четыре предмета на рисунке, можно предположить наличие данной патологии.

При болезни Альцгеймера необходимо организовать уход за пациентом: организовать четкий распорядок дня, позволяющий пациенту с легкостью ориентироваться во времени, чтобы режим дня стал для пациента источником уверенности в стабильности и собственной защищенности, сохранить как можно больше прежних правил и приятных для больного занятий; обстановка в доме помогает пациенту правильно ориентироваться во времени и пространстве. Разместить на дверях красочные картинки с четкими названиями. В комнате пациента можно повесить крупный плакат с распорядком дня, портреты ближайших родственников с написанными именами; занять пациента несложной приятной для него деятельностью, это помогает больным утвердиться в своей значимости и самостоятельности. Поощрять занятия гимнастикой и несложной работой по дому; всеми доступными методами поддерживать у пациента чувство независимости, стимулировать его к самообслуживанию, поощрять его самостоятельность; не обсуждать в присутствии пациента его состояние с посторонними людьми, стараться всячески щадить его чувство собственного достоинства;

поддерживать теплоту общения с пациентом. Использовать для этого все способы – слова, жесты, прикосновения; всячески избегать конфликтов, помнить, что во всем виновата болезнь, а не пациент.

Для профилактики болезни Альцгеймера необходимо контролировать артериальное давление и уровень сахара в крови. Соблюдать диету, особенно полезны молочнокислые продукты, свежие фрукты, овощи и оливковое масло, рыба и морепродукты. Правильный режим труда и отдыха. Ежедневные прогулки на свежем воздухе. Дозированные физические нагрузки (длительные пешие прогулки обычным шагом, плавание). «Гимнастика» для ума (составление и/или разгадывание кроссвордов, составление пазлов, решение головоломок). Тренировка памяти (заучивание стихов наизусть, специальные игры).

4.4. Болезнь Пика

Болезнь Пика – редкое, как правило, хроническое и прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, встречающееся обычно в возрасте 50–60 лет и характеризующееся деструкцией и атрофией коры головного мозга преимущественно в области лобных и височных долей. Клинически болезнь проявляется нарушением поведения с асоциальными наклонностями растормаживанием инстинктов, прогрессирующим распадом когнитивных функций. Средний возраст начала заболевания – 54 года, средняя продолжительность до наступления смерти – 6 лет. Болезнь названа в честь описавшего ее в 1892 году Арнольда Пика. Сам Пик считал описанную им патологию лишь отдельным клиническим вариантом старческой деменции. Однако позже, после выявления подтвержденных патологоанатомическими исследованиями отличительных морфологических признаков, болезнь Пика была выделена как самостоятельная нозология.

Этиология остается невыясненной. Семейные случаи заболевания наталкивают исследователей на мысль о его наследственном характере. Однако спорадические случаи наблюдаются намного чаще семейных, а в пределах одной семьи чаще болеют братья и сестры, чем родственники в разных поколениях. Среди возможных этиофакторов названы длительные воздействия на головной мозг вредоносных химических веществ. Сюда же можно отнести применение наркотика, особенно в случаях его частого использования или неадекватного дозирования. Некоторые авторы считают, что болезнь Пика может развиваться в связи с перенесенным ранее психическим расстройством.

Наряду с этим, исследователи склоняются к мнению, что такие факторы, как интоксикации, черепно-мозговые травмы, инфекции, психические расстройства, гиповитаминоз витаминов группы В играют лишь провоцирующую роль.

В своем развитии болезнь Пика проходит три последовательные стадии: Начальная стадия – преобладают изменения личности с утратой выработанных моральных принципов; Вторая стадия – появляются и нарастают когнитивные нарушения; Третья стадия – глубокая деменция.

В начальной стадии преобладают изменения личности с утратой выработанных моральных принципов. Человек становится крайне эгоистичен, наблюдается асоциальное поведение. Расторможенность инстинктов и потеря контроля над своими поступками приводят к немедленной реализации инстинкта (физиологических потребностей, полового влечения), независимо от окружения и обстановки. Критика пациента значительно снижена и он объясняет свое поведение тем, что «не смог удержаться», «так получилось», «не терпелось». На этом фоне возможно развитие булимии, гиперсексуальности и др. расстройств. Изменения речи сводятся к многократным повторам слов, фраз, шуток, историй или секретов (симптом «граммофонной пластинки»). Отмечается эйфория или апатия. Преобладание в клинике начального периода деменции Пика тех или иных проявлений зависит от локализации появляющихся атрофических процессов в головном мозге. Так, базальная фронтальная атрофия сопровождается личностными расстройствами, эмоциональной неустойчивостью, сменой периодов ригидности и расторможенности; конвекситальная атрофия лобной доли – сочетанием асоциального поведения с апатией и абулией – утратой побуждений и желаний, полным безволием. При преобладании атрофии в левом полушарии нарушения поведения проявляются на фоне депрессии. Правополушарная атрофия характеризуется неадекватным поведением в сочетании с эйфорией.

Во второй стадии появляются и нарастают когнитивные нарушения. Возникает сенсомоторная афазия – пациент не может сформулировать свои мысли и утрачивает способность понимать речь окружающих. Наблюдаются алексия, аграфия и акалькулия – потеря навыков чтения, письма и счета. Отмечаются амнезия – потеря памяти, агнозия – изменение восприятия мира и нарушения праксиса – способности последовательно выполнять действия. Вначале расстройство когнитивных функций может носить эпизодический характер, затем оно становится постоянным и прогрессирует вплоть до полного

интеллектуального разрушения личности. У ряда пациентов своеобразным проявлением становится кожная гиперальгезия (повышенная чувствительность).

Третья стадия болезни Пика – глубокая деменция. Пациенты обездвижены вследствие крайней апраксии, дезориентированы, не способны к элементарным действиям по самообслуживанию, нуждаются в постоянной опеке. Такое состояние приводит к гибели больных, обусловленной церебральной недостаточностью или интеркуррентными инфекциями (инфицированием пролежней с развитием сепсиса, застойной пневмонией, восходящим пиелонефритом).

Точные причины, которые могут вызвать болезнь Пика, не установлены. Однако вероятными провоцирующими факторами могут быть: наследственность, очень часто патологию можно диагностировать у ближайших родственников больного; травмы головы, которые привели к гибели нейронов; интоксикации – в данном случае нейронное отмирание происходит из-за длительного систематического воздействия алкоголя, химических веществ, которые оказывают отравляющий эффект на организм. Это же касается и наркоза, который применялся много раз; ранее перенесённые психические расстройства.

Своевременная диагностика – первый шаг к успеху. Диагностировать заболевание можно после клинического осмотра и личной беседы с пациентом. Также врач должен провести беседу с ближайшими родственниками для выявления фаз изменения личности. Обследования проводятся с использованием таких методов: электроэнцефалография – выявление активности электрических импульсов в мозге, в данном случае будет видно отклонение от нормы; компьютерная томография – поэтапное обследование мозговых отделов.

Клинические данные (возраст начала болезни, ее манифестация с поведенческих нарушений с последующим присоединением когнитивной дисфункции, отсутствие общемозговой и пирамидной симптоматики и пр.) позволяют неврологу предположить болезнь Пика лишь во второй стадии, когда имеются когнитивные нарушения. Изменения в поведении, характеризующие дебют заболевания, зачастую принимаются за психические расстройства, в связи с чем родственники больного в первую очередь обращаются за помощью к психиатру. При проведении ЭЭГ (электроэнцефалограмма) у пациентов с деменцией Пика выявляется снижение вольтажа биоэлектрической активности в лобных отведениях. РЭГ (реоэнцефалография) и транскраниальная УЗДГ (ультразвуковая доплерография) не выявляют существенных сосудистых нарушений. По данным Эхо-ЭГ (эхоэнцефалография) может

диагностироваться умеренная гидроцефалия. Визуализировать атрофические изменения мозга позволяют томографические методы: КТ (компьютерная томография), СКТ (спиральная компьютерная томография) и МРТ (магниторезонансная томография). На сегодняшний день общей методики для лечения болезни Пика не существует.

Немаловажную роль в терапии болезни Пика играет психологическая помощь родных. Очень опасно оставлять больных в одиночестве, так как человек на поздних стадиях болезни совершенно не способен отдавать отчет своим действиям. Известны случаи, когда больные устраивали пожары, оставляли открытым газ, и совершали иные разрушительные действия. Таким образом, становится понятно, что они попросту начинают представлять опасность для окружающих и для самих себя в первую очередь. При диагностировании этого заболевания прогноз для жизни носит неблагоприятный характер. Человек становится беспомощным, неспособным к самообслуживанию, поэтому за ним необходим круглосуточный присмотр, он утрачивает социальные и коммуникативные навыки, становясь асоциальным. Уже за пять лет заболевание приводит к моральному личностному разложению и наступает состояние полного упадка психофизической деятельности.

4.5. Болезнь Паркинсона

Болезнь Паркинсона – это медленно прогрессирующее заболевание характерное для лиц старшей возрастной группы, которое характеризуется избирательным поражением нейронов головного мозга. Симптомы дрожащего паралича были впервые описаны Джеймсом Паркинсоном в 1817 году, а в 1877 клиническую характеристику заболевания дополнил французский психиатр Шарко. Болезнь Паркинсона является распространенной патологией. Среди людей старше 65 лет она встречается с частотой 1:100. Возраст считается единственным понятным фактором риска заболевания, чем старше человек, тем выше вероятность, особенно в сочетании с наследственной расположенностью. У 5–10 % людей с этим заболеванием симптомы возникают уже после 50 лет – это ранее-исходная форма болезни Паркинсона, которая может быть связана с генными мутациями. При наличии больных родственников болезнью Паркинсона, риск развития заболевания достигает 25 % у населения старше 60 лет, при отсутствии в семейном анамнезе болезни Паркинсона – эта цифра составляет 1–5 %. Мужчины страдают болезнью Паркинсона в 1,5 раза чаще женщин.

В развитых странах (возможно из-за факторов внешней среды), выше уровень заболеваемости – токсины в воздухе из-за развития промышленности, мощное электромагнитное поле, радиация и пр. неблагоприятные факторы, влияющие на здоровье жителей мегаполисов. Ученые, проводя опросы больных паркинсонизмом, делают выводы, что работа, связанная с частой или постоянной вибрацией, снижает риск возникновения болезни Паркинсона на 33 %, чем профессиональная деятельность, не связанная с ней. Ученые также предполагают, что возможным пусковым механизмом заболевания служат вирусные интоксикации, частые травмы головы и различные химические отравления. Причины возникновения заболевания: неблагоприятная экологическая ситуация; генетический фактор; инфекционные болезни; хронические нарушения мозгового кровообращения; сосудистые патологии; опухоли головного мозга; травмы, оказывающие воздействие на нервную систему; медикаментозная интоксикация; неконтролируемый прием нейролептиков, употребление алкоголя. Риск развития заболевания повышен при: проживании в сельской местности; употреблении сырой воды; работе в сельском хозяйстве; скорее всего это эффект пестицидов и гербицидов.

Симптомы болезни Паркинсона: неврологический аппарат (депрессия, тревожность, бессонница); сердечно-сосудистая система (падает давление при подъеме из положения лёжа); проблемы глотания, запор, недержание мочи, потливость, тремор; опорно-двигательный аппарат (ригидность мышц, медлительность в движениях, отсутствие баланса).

Стадии болезни Паркинсона: нулевая – человек не имеет симптомов заболевания; первая – незначительные двигательные нарушения в пальцах или кисти, возможна депрессия, усталость, расстройство сна; промежуточная стадия предполагает концентрацию тремора на определенной конечности, дрожание которой прекращается только во время сна; вторая – тремор и двигательные нарушения наблюдаются с двух сторон, беднеет мимика, нарушается потоотделение – кожа становится сильно сухой либо сальной; человек все еще может справляться с обычными делами, хотя движения его заметно замедлены; третья стадия – лицо становится маскоподобным, формируется поза, которую часто называют позой просителя, появляется «кукольная» ходьба, гипокинезия, ригидность мышц; четвертая – появляется выраженная поствуральная неустойчивость, нарушается работа вестибулярного аппарата (человек может упасть при ходьбе из-за потери равновесия), характерно движение тела по инерции, в повседневной жизни необходима помощь. На этом этапе возможно присоединение деменции; пятая –

выраженные нарушения нервной системы: человек не может самостоятельно двигаться, есть, нарушается контроль мочеиспускания, появляются галлюцинации. Человек на этой стадии полностью зависит от помощи окружающих, слова, произносимые им, очень сложно понять.

Психические нарушения при болезни Паркинсона могут проявляться в виде депрессии, тревоги, апатии, зрительных галлюцинаций, ажитации. Кроме того, типично появление запоминающихся, ярких сновидений. Со временем все вышеперечисленные нарушения прогрессируют и рано или поздно проявляются и в состоянии бодрствования. Терапию таких психических нарушений необходимо проводить совместно с психиатром. В терминальной стадии болезни Паркинсона основные сложности связаны с кахексией, утратой способности к стоянию, ходьбе и самообслуживанию. В это время необходимо проведение целого комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на обеспечение оптимальных условий для повседневной бытовой деятельности пациента. Следует помнить, что на поздних стадиях болезнь Паркинсона становится тяжелым бременем не только для самого пациента, но и для его семьи, членам которой может потребоваться не только терапевтическая, но иногда и специализированная помощь.

Для болезни Паркинсона характерно неуклонное нарастание выраженной симптоматики. В 25 % случаев в течение первых пяти лет заболевания наступает инвалидизация или смерть. У 89 % пациентов, переживших 15 лет течения болезни Паркинсона, неизбежно наступает тяжелая степень инвалидности или смерть.

Самое главное при диагностике Паркинсона, это определение стадии заболевания. Важно выяснить, паркинсонизм, болезнь Паркинсона – это первичное заболевание, или все-таки вторичное (синдром). Именно поэтому необходимо провести анализ на предмет определения уровня холестерина в крови и диагностики атеросклероза. Важно также провести следующие исследования: выяснить наличие артериальной гипертензии, не подверженной терапевтической коррективке; сбор анамнеза: уточнение условий труда (вредные или нет), прием лекарственных средств, наркотическая зависимость и другие факторы; КТ, МРТ с целью обнаружения последствий травм, инфекций и сосудистых нарушений.

После выхода на пенсию многие люди перестают уделять внимание своей умственной деятельности, поэтому специалисты рекомендуют максимальную умственную нагрузку (разгадывание кроссвордов, создание поделок, например, по методике оригами).

4.6. Старческий маразм (слабоумие)

Старческий маразм сопровождается необратимыми изменениями, которые поражают организм на клеточном уровне. Постепенно происходит смерть нейронов, которые обеспечивают психическую и умственную деятельность. По этой причине больной старческим маразмом не может осуществлять контроль своих ежедневных поступков, обучаться, запоминать что-либо. Самое неприятное явление, которым сопровождается болезнь – резкая перемена личности. Как правило, изменения имеют негативный характер, старческий маразм передается генетически. Первичное поражение характеризуется самостоятельной деструкцией коры головного мозга. Вторичный старческий маразм появляется как следствие другого заболевания: хронической сосудистой недостаточности (атеросклероз, тяжелая и длительно протекающая гипертония); тяжелой интоксикации; инфекционной болезни; травмы; новообразований головного мозга. При старческом маразме происходят яркие и выраженные изменения в личности: если больной ранее был бережливым, то он становится жадным, общительный превращается в навязчивого, энергичный становится суетливым. У стариков развивается эгоизм, обидчивость, чрезмерная подозрительность и недоверие даже к семье. Органические поражения мозга влияют на то, как сохраняется информация о событиях, которые происходили в недавнем времени. Если у человека старческий маразм, то он забывает, что с ним происходило вчера, но хорошо помнит все подробности событий далёкого прошлого. Человек с диагнозом старческий маразм неряшлив и небрежен в отношении одежды. Как правило, он ухаживает за собой, только если ему об этом напомнить. Больной апатичен, его не интересует его работа, хобби. Он становится слишком назидательным, упорно доказывает свою правоту, иногда он слишком внушаем, безразличен ко всему. Больной утрачивает стыдливость, может говорить на эротические темы, проявляет распущенность, у человека нарушается ориентация в пространстве, если он находится в домашней обстановке, то никаких проблем не возникает, а вот если он оказывается в незнакомом месте, то испытывает затруднения с поиском дороги обратно. Человек не может заниматься решением привычных повседневных задач, ему тяжело подобрать оптимальное результативное действие.

По состоянию на 2016 год, число людей во всем мире, страдающих слабоумием составило 47,5 миллионов. К сожалению, прогноз распространения этого заболевания неутешительный. Ожидается, что

через 15 лет, количество людей с маразмом станет в два раза больше, а к 2050 году, ученые прогнозируют 135 миллионов больных. Ежегодно диагностируется более 7 миллионов новых случаев болезни, эта цифра занижена, так как многие люди даже не догадываются о наличии у них психических изменений.

4.7. Соматопсихические расстройства

Соматопсихикой (somatopsychics) обозначается психологическая или психиатрическая симптоматика первично соматической этиологии. В отличие от психосоматических расстройств, которые являются соматическими состояниями, возникшими в результате психологического стресса, соматопсихические симптомы или расстройства – это проявления психологического или психиатрического характера, непосредственной причиной которых стало соматическое состояние. В повседневной жизни соматопсихические эпизоды – обыденное дело. Эмоциональные побочные эффекты, продуцируемые перегревшимся, усталым или голодным организмом, могут проявляться как раздражительность, вспыльчивость, иррациональное поведение, вялость, снижение концентрации внимания. У некоторых людей психологические реакции могут вызываться гормональными изменениями. Колебания настроения и специфические эмоциональные состояния считаются типичными для подростков и лиц, находящихся в периоде климактерия. Некоторые женщины испытывают предменструальное напряжение, проявляющееся в жалобах на упадок сил, апатию, усталость, раздражительность и даже на немотивированную агрессию. «Бэби блюз» (послеродовая депрессия) расценивается как соматопсихическое состояние, хотя в некоторых случаях нельзя с уверенностью исключить психогенные компоненты. Высокая температура может вызывать тревогу и галлюцинации, особенно у детей. Общеизвестны такие психологические корреляты старения, как параноидная идеация, снижение рациональности мышления, разнообразные навязчивости, компульсивное поведение, нарушения памяти и изменения личности.

У больных с соматическими заболеваниями может наблюдаться широкий круг психических нарушений как невротического, так и психотического или субпсихотического уровней. К. Шнайдер предложил считать условиями появления соматически обусловленных психических нарушений наличие следующих признаков: присутствие выраженной клиники соматического заболевания; присутствие замет-

ной связи во времени между соматическими и психическими нарушениями; определенный параллелизм в течении психических и соматических расстройств; возможное, но не обязательное появление органической симптоматики.

Вероятность возникновения соматогенных расстройств зависит от характера основного заболевания, степени его тяжести, этапа течения, уровня эффективности терапевтических воздействий, а также от таких свойств, как наследственность, конституция, преморбидный склад личности, возраст, иногда пол, реактивность организма, наличие предшествующих вредностей. Этиопатогенез психических расстройств при соматических заболеваниях определяется взаимодействием трех групп факторов: соматогенные факторы; психогенные факторы; индивидуальные особенности пациента. Кроме того, в процессе возникновения соматогенных расстройств могут участвовать дополнительные психотравмирующие факторы, не связанные с заболеванием. Соответственно, влияние соматического заболевания на психическое состояние больного может приводить к развитию преимущественно соматогенных либо преимущественно психогенных психических расстройств. В структуре последних наибольшее значение имеют нозогении и ятрогении.

Определение роли соматогенных и психогенных факторов в патогенезе психических нарушений у каждого конкретного больного с соматической патологией является необходимым условием выбора адекватной стратегии и тактики лечения. При этом правильная квалификация психического нарушения и его патогенетических механизмов возможна лишь при учете соматического и психического статуса больного, соматического и психиатрического анамнеза, особенностей лечения и его возможных побочных эффектов, данных о наследственной отягощенности и других факторах предрасположения.

Психические нарушения у больного с соматическим заболеванием делает необходимым его совместное ведение врачом-терапевтом и психиатром (психотерапевтом), которое может осуществляться в рамках разных моделей. Наиболее широко используемой является модель консультирования-взаимодействия, предполагающая непосредственное и опосредованное (через консультирование и обучение специалистов-соматологов) участие психиатра в терапевтическом ведении соматических больных с психическими нарушениями: психиатр выступает в качестве эксперта-консультанта и, взаимодействуя с пациентом и врачами-интернистами, участвует в выработке и корректировке тактики лечения.

Приоритетной для психиатра-консультанта является задача распознавания и дифференциальной диагностики психических расстройств, связанных и не связанных с соматическим заболеванием пациента, а также назначение адекватного лечения с учетом его психического и соматического статуса.

Соматогенные психические расстройства развиваются вследствие непосредственного влияния заболевания на деятельность ЦНС и проявляются преимущественно в виде неврозоподобной симптоматики, однако в ряде случаев на фоне тяжелой органической патологии возможно развитие психотических состояний, а также существенное нарушение высших психических функций вплоть до деменции.

Синдромы помрачения сознания. Наиболее часто при соматической патологии возникают делириозные помрачения сознания, характеризующиеся дезориентировкой во времени и месте, наплывами ярких истинных зрительных и слуховых галлюцинаций, психомоторным возбуждением. При соматической патологии делирий может носить как волнообразный, так и эпизодический характер, проявляясь в виде abortивных делириев, нередко сочетающихся с оглушением или с онейрическими (сновидными) состояниями. Для тяжелых соматических заболеваний характерны такие варианты делирия, как мусситирующий и профессиональный с нередким переходом в кому. При наличии органического поражения головного мозга различного генеза также возможны различные варианты сумеречных расстройств.

Синдромы выключения сознания. При выключенном сознании разной степени глубины отмечается повышение порога возбудимости, замедление психических процессов в целом, психомоторная заторможенность, нарушение восприятия и контакта с окружающим миром (вплоть до полной потери при коме). Выключение сознания наступает в терминальных состояниях, при тяжелых интоксикациях, черепно-мозговых травмах, опухолях головного мозга и др.

Соматогенные эмоциональные нарушения. Наиболее типичными эмоциональными нарушениями вследствие соматогенных воздействий являются депрессии. Для органических депрессий центральной нервной системы характерны сочетание аффективной симптоматики с явлениями интеллектуального снижения, преобладание в клинической картине явлений негативной аффективности (адинамия, аспонтанность, ангедония), выраженность астенического синдрома. При сосудистых депрессиях также могут отмечаться множественные устойчивые соматические и ипохондрические жалобы. При мозговых дисфункциях часто развиваются дисфорические депрессии с преобладанием тоскливо-злобного настроения, раздражительностью.

Депрессии на фоне соматической патологии характеризуются значительной выраженностью астенической составляющей. Типичны явления повышенной психической и физической истощаемости, гиперестезия, раздражительная слабость, слабодушие, слезливость. Витальный компонент депрессии при соматических расстройствах часто преобладает над собственно аффективным. Соматические симптомы в структуре депрессивного расстройства могут имитировать симптомы основного заболевания и, соответственно, существенно затруднять диагностику психического нарушения.

Следует подчеркнуть, что патогенез депрессивных состояний при соматических расстройствах, как правило, включает взаимодействие и взаимоподкрепление соматогенных и психогенных факторов. Депрессивные переживания часто выступают в структуре дезадаптивных личностных реакций на болезнь, развивающихся у пациентов на фоне общей повышенной психической истощаемости и недостаточности личностных ресурсов для преодоления стресса болезни.

Соматоформные расстройства – состояния, в клинической картине которых психические нарушения скрываются за соматовегетативными симптомами, которые не имеют объективно регистрируемой органической основы либо по своей тяжести и устойчивости не соответствуют объективно выявляемым соматическим расстройствам. Выделяют следующие варианты соматоформных расстройств: соматизированное расстройство; соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (неврозы внутренних органов); ипохондрическое расстройство.

Соматизированное расстройство – психическое расстройство, проявляющееся множественными, часто видоизменяющимися, соматическими жалобами, не имеющими основы в виде структурных поражений органов и тканей. Заболевание чаще встречается у женщин, имеет, как правило, хронический характер, с волнообразным течением. Сопровождается разнообразными эмоциональными нарушениями (тревожного, депрессивного спектра) и трудностями социальной адаптации.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы – группа расстройств, проявляющихся симптомами поражения внутренних органов или систем органов, однако не имеющих объективно регистрируемой основы. Как правило, проявляются сочетанием: специфических жалоб (жалобы на расстройство определенной системы органов, например, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания); жалоб неспецифического характера (общей вегетативной лабильности); эмоциональных нарушений.

Ипохондрическое расстройство – психическое расстройство, проявляющееся убежденностью в наличии у себя тяжелого, неизлечимого соматического заболевания, не существующего в действительности. Оно диагностируется при упорной убежденности пациента (как минимум шестимесячной давности) в наличии одного или двух конкретных соматических заболеваний, обуславливающей серьезную обеспокоенность, навязчивые опасения и негативные переживания, заставляющей постоянно искать медицинскую помощь при невозможности принять заверения в отсутствии физических причин соматических симптомов.

К основным элементам ипохондрического синдрома относят разнообразные телесные сенсации: парестезии (ощущение онемения, покалывания, ползания мурашек), психалгии (боли, нередко множественные, возникающие без объективных причин), сенесталгии (боли причудливого характера), сенестопатии (спонтанные тягостные ощущения, которые больные затрудняются описать), синестезии (ощущение тотального физического недомогания).

Контрольные вопросы и задания

1. Дайте характеристику показателей здоровья пожилых и старых людей.
2. Опишите наиболее распространенные психические расстройства пожилого и старческого возраста: депрессия, деменция, болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, болезнь Паркинсона, старческий маразм (слабоумие), соматопсихические расстройства.
3. В чем заключается профилактика психического здоровья в пожилом и старческом возрасте?
4. Каковы социальные аспекты психических заболеваний пожилого и старческого возраста?
5. Расскажите о геронтопсихологии и геронтопсихиатрии как составляющих социальной геронтологии.

Глава 5

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Организм человека – это уникальная саморегулирующаяся система и прежде, чем начинать разговор о болезнях и методах их профилактики, необходимо вспомнить о его строении. Строение организма человека исследует анатомия (от греч. anatome – рассечение). Изучением его функций занимается физиология, гигиена (от греч. hygienos – целебный, здоровый) изучает влияние условий жизни и труда на здоровье человека и разрабатывает меры профилактики заболеваний. Орган (от греч. organon – орудие, инструмент) – это часть организма, выполняющая определенную функцию. Органы объединены в группы по схожести выполняемых функций, которые называются системами. Все органы и системы в организме человека работают слаженно и четко благодаря нервной и эндокринной системам (от греч. endon + krino – внутри + отделяю). Под влиянием импульсов головного мозга происходят все жизненные процессы в организме. Изучением системы желез внутренней секреции и ее органов занимается эндокринология – наука о железах внутренней секреции, биологически активных веществах – гормонах, которые эти железы выделяют, воздействии гормонов на организм человека и патологических состояниях. Гормоны (от греч. hormao – привожу в движение, побуждаю) – это БАВ (биологически активные вещества), выделяемые железами внутренней секреции и регулирующие все физиологические процессы в организме человека.

Выделяют три группы заболеваний: соматические (от греч. soma – тело) – это болезни, относящиеся к телу, целый ряд осложнений, связанных с физическим ростом, функционированием и развитием, такие как ухудшение зрения и слуха, что составляет часть картины в целом; психические и инфекционные.

Здоровье (ВОЗ) – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов.

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

Здоровье физическое – состояние, характеризующееся уровнем физического развития, физических возможностей и адаптационных

способностей отдельных индивидуумов, групп людей и общества в целом, обеспечивающее сохранение и укрепление общественного здоровья, достижение качества жизни, благополучия общества и сохранение и укрепление общественного здоровья.

Старение – неизбежный биологический разрушительный процесс, приводящий к постепенному снижению адаптационных возможностей организма; характеризуется развитием так называемой возрастной патологии и увеличением вероятности смерти. Исследование закономерностей старения занимается геронтология, а изучением возрастной патологии – гериатрия.

У подавляющего большинства людей при старении существенно снижается соматическое здоровье, проявляющееся характерными отклонениями от нормы в структурные и функции отдельных органов и систем.

Соматическое здоровье – это физическое здоровье человека, которое отражает текущее состояние органов и систем человеческого организма; уровень их развития и функциональных возможностей; характеристика состояния и работоспособности внутренних органов; текущее состояние органов и систем организма человека, основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития; здоровье физическое, здоровье тела и органов.

Соматическое заболевание (от др.-греч. σῶμα – тело) – телесное заболевание, возникающее в связи с воздействием патогенных факторов, нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

К соматическим заболеваниям относятся: заболевания сердца и сосудов; заболевания дыхательной системы; поражения печени и почек, ряд поражений желудочно-кишечного тракта; травмы, ожоги и ранения; наследственные генетические заболевания; органические поражения нервной системы; инфекции и спровоцированные ими поражения внутренних органов; паразитарные инвазии; эндокринные заболевания.

5.1. Заболевания глаз

В пожилом возрасте происходит нарушение рефракции, что приводит к снижению остроты зрения, особенно периферического.

Пожилые люди плохо фиксируют взгляд на предметах, часто или совсем не видят того, что находится сбоку от них. У пожилых людей нередко развиваются болезни глаз. Наиболее распространенными являются глаукома, катаракта и центральная дистрофия сетчатки.

Глаукома (в переводе с гр. «болезнь зеленой воды») – это заболевание глаз, связанное с нарушением оттока внутриглазной жидкости («зеленой воды»), что приводит к повышению внутриглазного давления, ухудшению зрения и даже слепоте.

Катаракта (лат. *Cataracta* от др.-греч. *κταρράκτης* – «водопад, брызги водопада») – физиологическое состояние, связанное с помутнением хрусталика глаза и вызывающее различные степени расстройства зрения вплоть до полной его утраты.

Старческая дистрофия сетчатки глаза (иногда ее называют центральной инволюционной дистрофией сетчатки) является третьим по распространенности среди пожилых людей заболеванием глаз. При дистрофии сетчатка не получает достаточного питания из-за нарушения кровообращения в результате уплотнения и закупорки артерии, которая снабжает кровью центральную часть зрительного поля глаза.

Для лечения катаракты имеется радикальный способ коррекции возрастной дальнозоркости – замена прозрачных хрусталиков. Современные искусственные хрусталики (ИОЛ) позволяют исправить не только близорукость, дальнозоркость и астигматизм, но и решить проблему пресбиопии, что позволяет практически вернуть 100 % зрение.

5.2. Заболевания органов слуха

В пожилом возрасте происходит многофакторное снижение слуха, включая процессы дезинтеграции центральной нервной системы. Наряду с сугубо возрастными изменениями, на снижение слуха в пожилом возрасте влияют и другие причины, в частности, генетическая предрасположенность, сердечно-сосудистые заболевания, пол, степень снижения слуха в молодости. Имеется достоверная связь между снижением слуха и перенесенным инфарктом миокарда.

Отосклероз – заболевание, связанное с патологическим ростом кости в среднем ухе и способное привести к значительному ухудшению и даже потере слуха. Обычно оно начинается с одностороннего снижения остроты слуха, постепенно охватывающего оба уха.

5.3. Расстройства обоняния и вкуса

С возрастом также ухудшается обоняние. Пожилые люди плохо ощущают и различают запахи, из-за отсутствия обоняния еда кажется безвкусной, что приводит к потере аппетита. Другая серьезная проблема, обусловленная нарушением обоняния, риск отравления испорченными продуктами, газом, выходящим из открытой конфорки на кухне. Не почувствовав запах дыма при возгорании, пожилой человек может не заметить вовремя пожар.

5.4. Болезни органов дыхания

К дыхательной системе, относят такие заболевания, как: бронхит; пневмония; бронхиальная астма. Бронхит (лат. bronchitis, от бронх + -itis – воспаление) – заболевание дыхательной системы, при котором в воспалительный процесс вовлекаются бронхи. Пневмония (др.греч. Πνευμονία от πνεύμων), воспаление лёгких – воспаление лёгочной ткани, как правило, инфекционного происхождения с преимущественным поражением альвеол (развитием в них воспалительной экссудации) и интерстициальной ткани лёгкого. Бронхиальная астма (от др.-греч. ἄσθμα – «тяжёлое дыхание, одышка») – хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей с участием разнообразных клеточных элементов. Для нее характерны следующие симптомы: затрудненное дыхание, сопровождающееся специфическим свистом; развитие одышки; дискомфорт и чувство тяжести в области грудной клетки; приступы удушья; перманентный длительный кашель, не поддающийся лечению традиционными способами.

5.5. Болезни органов пищеварения

Пищеварительная система человека (лат. *systema digestorium*) осуществляет переваривание пищи (путём её физической и химической обработки), всасывание продуктов расщепления через слизистую оболочку в кровь и лимфу, выведение непереработанных остатков. К пищеварительной системе относятся такие органы, как: ротовая полость; пищевод; желудок; кишечник; печень; поджелудочная железа.

Гастрит (gastritis; греч. gaster желудок + itis) – воспалительные или воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки желудка. Очень часто причиной гастрита служит неправильный режим питания: поспешная еда и плохо разжеванная пища или еда

«в сухомятку» травмируют слизистую оболочку механически; употребление в пищу слишком горячей или слишком холодной пищи вызывает гастрит за счет термического повреждения слизистой желудка; употребление в пищу пикантной пищи (преимущественно острой и сильно соленой пищи) раздражает слизистую желудка аналогично действию едких химических веществ.

Язва желудка – локальный дефект слизистой оболочки желудка, образующийся под действием соляной кислоты, пепсина и желчи и вызывающий на этом участке трофические нарушения.

Цирроз печени – тяжёлое смертельное заболевание печени, сопровождающееся необратимым замещением паренхиматозной ткани печени фиброзной соединительной тканью, или стромой.

Гепатит (греч. ἥπατιτις от ἥπαρ – печень) – общее название острых и хронических диффузных (то есть, в отличие от очаговых, распространяющихся на весь орган) воспалительных заболеваний печени различной этиологии.

Ишемический колит чаще встречается у пожилых людей и обусловлен атеросклеротическим поражением сосудов брюшной полости. Реже причиной этого заболевания могут быть расслаивающаяся аневризма аорты, хирургическое вмешательство на сосудах живота, состояния, сопровождающиеся резким уменьшением минутного объема сердца. В зависимости от клинической картины выделяют острый и подострый ишемический колит. Острый ишемический колит характеризуется внезапным появлением резких болей в области живота, вздутием кишечника, желудочно-кишечными кровотечениями. Обычно общее состояние больных тяжелое, нередко наблюдаются снижение АД, тахикардия, симптомы раздражения брюшины. При колоноскопии выявляют множественные язвы, эрозии и кровоизлияния в подслизистой оболочке.

Болезнь Крона представляет собой хроническое воспалительное заболевание кишечника, выражающееся прежде всего изъязвлениями (нарушениями целостности слизистой оболочки) тонкого и толстого кишечника, но может проявиться в любом отделе пищеварительной системы, начиная от полости рта до ануса. Болезнь названа в честь врача, который в 1932 году впервые описал заболевание.

5.6. Заболевания кожи и костной системы

Кожа пожилых людей становится очень тонкой, особенно на кистях, ступнях, в области крупных суставов и в местах костных выступов. За счет уменьшения пото- и салоотделения, потери эластич-

ности кожа делается сухой, морщинистой и складчатой. Уменьшается количество подкожно-жировой клетчатки. Из-за этого кожа легко смещается, делается дряблой. Она легко травмируется, трескается, разрывается, подвергается изъязвлению, плохо заживает. У лежачего пожилого даже грубое или тяжелое постельное белье может травмировать кожу, приводить к развитию пролежней. Из-за возрастных особенностей кожи нарушается теплообмен, пожилые легко отдают тепло и поэтому часто мерзнут и зябнут, нуждаются в теплой одежде, обогреве постели. На коже пожилых людей часто появляются опрелости, особенно в местах естественных складок (паховых, подмышечных, под молочными железами у женщин, на ладонях – при длительном пребывании кистей в сжатом состоянии). Трещины в сухой коже являются предрасполагающим фактором для внедрения в кожу бактерий, вызывая поверхностные инфекции. У пожилых людей, которые ранее в своей жизни подвергались длительному воздействию солнечных лучей, может развиваться предраковое новообразование кожи, называемое солнечным кератозом, и рак кожи, а именно базально-клеточная карцинома и плоскоклеточный рак.

Общее количество костной ткани с возрастом уменьшается. Истончаются суставные хрящи, в том числе межпозвонковые диски, что приводит к развитию болевого синдрома, изменению осанки, искривлению позвоночника. Пожилых часто мучают сильные боли в области позвоночника, тазобедренных, коленных, плечевых суставов при любом движении. Боли сопровождаются выраженной деформацией и ограничением подвижности. Это приводит к уменьшению двигательной активности пожилого, его изоляции, депрессии, желанию пребывать все время в постели.

Основные заболевания системы: остеопороз; остеохондроз; переломы; артриты. Вследствие остеопороза – разрежения костной ткани – кости становятся хрупкими. Легко ломаются даже при незначительных ушибах. Причинами частых переломов костей у пожилых, помимо остеопороза, могут быть потеря мышечной массы в результате похудения, а также патология суставов. По статистике, переломы шейки бедра составляют до 6 % от числа переломов всех костей скелета. До 90 % переломов этой локализации наблюдаются у лиц пожилого и старческого возраста. У женщин переломы этой локализации наблюдаются в два раза чаще, чем у мужчин. У 20 % больных (в основном, это люди пожилого возраста) эти переломы приводят к летальному исходу. Переломы шейки бедренной кости почти всегда происходят при падении больного на бок, на область тазобедренного сустава. Иногда они могут наступать и от легкого толчка или даже от обычно-

го наклона туловища. В последнем случае такие переломы поздно диагностируются и иногда долго лечатся как воспаление седалищного нерва. Остеоартрит, возникающий в результате разрушения межсуставных хрящевых прокладок, развивается медленно, но неуклонно. Чаще всего от этого заболевания страдают суставы, несущие на себе значительную нагрузку: коленные, тазобедренные или суставы кистей рук.

Бурсит – воспаление околосуставных сумок (бурс) при ушибах, трении, проникновении инфекции. Бурса представляет собой эластичный мешочек со смазывающей жидкостью, располагающийся между сухожилиями и костями или иными тканями.

Уменьшение роста при старении связано, прежде всего, со снижением высоты межпозвоночных дисков и увеличением сутулости. После 60 лет рост уменьшается в среднем на 0,5–1 см за пятилетие.

Для стареющего человека типичен и остеохондроз позвоночника, или деструктивные изменения хрящевой ткани межпозвоночных дисков, что в старших возрастах встречается в 85–98 % случаев. Остеохондроз (от др.-греч. ὀστέον – кость и χόνδρος – хрящ) – комплекс дистрофических нарушений в суставных хрящах. Распространено это заболевание достаточно равномерно во всех странах – от 45 до 85 % населения страдает этой болезнью. Начало остеохондроза возникает у пациентов старше 30–35 лет, однако известны случаи и более раннего начала заболевания. Мужчины и женщины болеют примерно с одинаковой частотой. Спондилез – образование костных разрастаний на позвонках – встречается буквально после 45 лет и, возможно, является своего рода ответом на развитие остеохондроза.

5.7. Заболевания нервной системы

Нервная система – ведущий фактор в старении всего организма, одно из самых уязвимых мест в человеческом организме, малейший сбой в ее работе значительно ухудшают качество жизни человека. Нервные болезни опасны и сами по себе, но помимо этого их наличие может стать пусковым механизмом для развития заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, поэтому относиться к ним легкомысленно и пренебрегать их лечением недопустимо, обнаружив симптомы болезней нервной системы, следует обращаться к врачу.

С каждым годом перед человечеством все острее встает проблема сосудистых заболеваний нервной системы, поскольку подобные

заболевания становятся все более распространенными, возраст пациентов снижается, а количество умерших или ставших инвалидами среди жертв сосудистых заболеваний – растет. К сосудистым заболеваниям относят инсульты и хроническую сосудисто-мозговую недостаточность, которая приводит к выраженным изменениям в функционировании мозга. Среди основных причин развития этих заболеваний медики называют атеросклероз и гипертоническую болезнь. Основные симптомы – нарушение чувствительности отдельных участков тела, двигательной активности, головные боли, головокружения, тошнота.

5.8. Болезни мочевыделительной системы

К выделительной системе относятся такие органы как: почки; мочеточник; мочевого пузыря; мочеиспускательный канал.

Аденома предстательной железы или аденома простаты – это устаревший термин, заболевание в настоящее время классифицируется как доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ). Заболевание характеризуется образованием небольшого узелка или нескольких узелков, которые постепенно увеличиваются. Аденома простаты, в отличие от рака предстательной железы, протекает доброкачественно. Это одно из самых распространенных урологических заболеваний мужчин после 50 лет.

К выделительной системе относят такие заболевания, как: пиелонефрит; гломерулонефрит; мочекаменная болезнь. Пиелонефрит (греч. πύελος – корыто, лохань; νεφρός – почка) – неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением канальцевой системы почки, преимущественно бактериальной этиологии. Гломерулонефрит – заболевание почек, характеризующееся поражением гломерул (клубочков почек). Мочекаменная болезнь (уролитиаз) – заболевание, проявляющееся формированием конкрементов в органах мочевыделительной системы.

5.9. Заболевания эндокринной системы

К эндокринной системе относят такие заболевания как: ожирение; сахарный диабет; гипотериоз; кретинизм; низкорослость; высокорослость.

Сахарный диабет (лат. *diabetes mellitus*) – группа эндокринных заболеваний, развивающихся вследствие абсолютной или относительной (нарушение взаимодействия с клетками-мишенями) недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия – стойкое увеличение содержания глюкозы в крови. У больных сахарным диабетом появляются зуд половых органов, жажда, они начинают употреблять много жидкости, также возникает полидипсия (больные много едят), полиурия (больные выделяют много мочи). Однако у пожилых пациентов не все эти симптомы ярко выражены.

5.10. Заболевания сердца и сосудов

Сердечно-сосудистые заболевания – это группа заболеваний, как сердца, так и сосудов (артерий и вен), обусловленные нарушением их нормального функционирования. Основной и главной причиной распространенности проблем, связанных со здоровьем в данной области является наличие многочисленных провоцирующих факторов, которые, впрочем, говорят сами за себя: Ведение нездорового образа жизни – курение, злоупотребление алкоголем. Специалисты выделяют определенный перечень основных заболеваний сердечно сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (ИБС); аритмия; порок сердца; заболевания миокарда; перикардиты; кардиосклероз; гипертоническая болезнь; легочное сердце; недостаточность кровообращения

Ишемическая болезнь сердца – развивается при недостаточном поступлении кислорода к сердечной мышце по коронарным артериям. Наиболее частая причина этого – атеросклероз коронарных артерий с образованием бляшек и сужением их просвета. Может протекать остро и хронически (длительно). Проявлениями ИБС могут быть: стенокардия, инфаркт миокарда, аритмии сердца, а также внезапная сердечная смерть.

Аритмия – патологическое состояние, которое обусловлено, судя из названия, нарушением ритма сердца.

Порок сердца – это заболевание, характеризующееся нарушением анатомической структуры отдельных частей сердца, клапанного аппарата, перегородки, крупных сосудов.

Стенокардия – очень четко очерченный клинический синдром: боли за грудиной обычно сжимающего, давящего характера, четко связаны с нагрузкой или выходом на холод, продолжаются не более 10–15 минут, а при приеме нитроглицерина – около 5 минут.

Инфаркт миокарда – характеризуется нарушением сердечной деятельности, которое обусловлено развитием одного и более очагов омертвления в сердечной мышце, называемых некрозами. Обширный инфаркт миокарда – это уже более тяжелая форма заболевания, при которой участок омертвления имеет достаточно большую область поражения сердечной мышцы. Если некроз охватывает всю миокарду, то говорят об обширном трансмуральной форме инфаркта миокарда. Каждый пятый случай перенесенного инфаркта имеет летальный исход, причем большая часть происходит в первые часы. В тяжелых случаях для восстановления кровоснабжения миокарда могут выполняться реконструктивные хирургические операции на пораженных коронарных сосудах сердца: баллонная ангиопластика и стентирование – относительно несложная операция, выполняющаяся под рентгенологическим контролем, при которой в артерию вводится баллонный катетер, который направляется к месту сужения и раздувается баллон, который «впечатывает» атеросклеротическую бляшку в стенку сосуда. Если желаемый эффект не получен, то на месте сужения ставится стент (специальная пружинка, которая не дает сужаться артерии); аортокоронарное шунтирование – сложная операция, при которой задействуется система искусственного кровообращения. Участок закупоренной артерии шунтируется (делается обходной путь) веной, взятой из бедра, или лучевой артерией, взятой из предплечья. Новый сосуд одним концом соединяется с грудной аортой, а противоположным концом – с коронарной артерией сердца, выключая из кровообращения пораженный участок коронарной артерии.

Инсульт – остро развивающееся нарушение мозгового кровообращения, сопровождающееся повреждением ткани мозга и расстройством его функций, кровоизлияние в мозг.

Гипертонический криз – результат резкого нарушения механизмов регуляции артериального давления, которое возникает на фоне гипертонической болезни и приводит к сильному повышению артериального давления и расстройствам циркуляции крови во внутренних органах.

Варикоз – варикозное расширение вен нижних конечностей – заболевание, при котором вены ног теряют свой тонус, растягиваются и утолщаются, выпирая узелками и извитыми канатиками под кожей. Варикозная болезнь характеризуется отеками ног, болью (вследствие воспаления сосудистой стенки), тяжестью в ногах (из-за нарушения венозного оттока) и чревата опасными последствиями: образованием тромбов вследствие чрезмерной густоты крови, что приводит к веноз-

ному тромбозу – поражению глубоких вен с образованием в их просвете сгустка (тромба); тромбофлебиту – воспалению и тромбозу поверхностных вен; трофическим расстройствам и трофическим язвам, возникающие при нарушении тканевого питания и воспалении подкожной сетчатки.

Контрольные вопросы и задания

1. Опишите заболеваемость населения старшего возраста.
2. Дайте анализ причин смертности в пожилом и старческом возрасте.
3. Каковы методы и роль психотерапии в социальной работе с населением пожилого и старческого возраста?
4. Назовите основные синдромы и заболевания, характерные для пожилого возраста и требующие неотложных мер.
5. Какие задачи социального патронажа с учетом состояния здоровья пожилых граждан вы знаете?

Глава 6 ИНТЕГРАТИВНАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

6.1. История паллиативной помощи

Благо больного превыше всего – *salus aegroti suprema lex*. Истоки современной паллиативной помощи и медицины следует искать в первых домах сестринского ухода, а также хосписах (домах для странников), богадельнях и домах приюта (Богоугодных заведениях для асоциальных лиц), которые возникали в средневековье при костёлах и монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих. Только христианская церковь брала на себя в те времена заботу об умирающих и безнадежно больных людях, обеспечивая им социальную и духовную помощь силами сестёр милосердия. Как и все богоугодные заведения того времени, первые специализированные богадельни и хосписы первоначально устраивались при больницах и даже сливались с ними.

В 1842 году Жанна Гарнье (Jeanne Garnier), молодая женщина, потерявшая мужа и детей, открыла первый из приютов для умирающих в Лионе. Он назывался Хоспис, а также «Голгофа». Еще несколько были открыты позже в других местах Франции. Некоторые из них действуют и сейчас, и по крайней мере один из этих хосписов участвует в подъеме движения паллиативного ухода в этой стране. Тридцать лет спустя, в 1879 году, ирландские сестры милосердия независимо от хосписов Жанны Гарнье основали в Дублине хоспис Богоматери для умирающих. Орден матери Мэри Айкенхед был основан значительно раньше, еще в начале века, этот орден всегда заботился о бедных, больных и умирающих, но хоспис Богоматери был первым местом, созданным специально для ухода за умирающими. К тому времени, когда орден открыл еще один хоспис, хоспис св. Иосифа в лондонском Ист-Энде в 1905 году, в городе уже действовали по меньшей мере три протестантских хосписа, которые назывались «Дом отдохновения» (открылся в 1885 году), «Гостиница Божия» (позднее – «Хоспис Святой Троицы», открылся в 1891 году) и «Дом святого Луки для бедных умирающих» (открылся в 1893 году). В 1935 году Альфред Ворчестер опубликовал маленькую книжку «Уход за больными и умирающими», впоследствии ставшую классической. Это были три лекции, прочитанные студентам-медикам в Бостоне. Когда книга увидела свет, автору было уже семьдесят лет, большую часть которых он проработал семейным врачом.

Датой рождения хосписов современного типа считают 1967 год, когда Дейм Сесилия Сандерс основала хоспис Святого Христофора (St. Christopher's Hospice) – первый хоспис, в котором, кроме купирования боли и других симптомов, больные получали сострадание и поддержку, где стали проводиться специальное комплексное обучение специалистов и научные исследования. Идеи и труды Дейм Сесилии Сандерс в корне изменили характер помощи, которую оказывают умирающим, и внесли изменения в лечебную практику, принятую во всем мире. Она является вдохновителем для всех людей, занимающихся оказанием помощи умирающим больным. В 1967 г. в Нью-Йорке организован фонд танатологии. В 1969 г. Элизабет Кюблер-Росс издаёт первую книгу по танатологии, основанную на более чем 500 интервью с умирающими пациентами. Лиссабонская декларация, принятая ВОЗ в 1981 г., представляет международный свод прав пациента. 1986 г. ВОЗ принимает «лестницу обезболивания» и в 1990 г. публикует доклад экспертов под названием «Обезболивание при раке и паллиативное движение».

В Санкт-Петербурге первый хоспис появился в 1990 году по инициативе Виктора Зорза – английского журналиста и активного участника хосписного движения. Его директором стал Андрей Владимирович Гнездилов. Через некоторое время в Москве создается Российско-Британская Ассоциация хосписов для оказания профессиональной поддержки российским хосписам.

Один из первых в России профильных хосписов для раковых больных был открыт 8 ноября 1993 г. по инициативе онколога, профессора МГУ Л. Л. Левшина в Москве. В 1991 году открыт хоспис в Ломинцево (Тульская область), в 1992 г. – в Кемерово, в 1993 г. – в Архангельске, Тюмени и Ярославле. В 1994 г. были открыты первый Московский хоспис и хосписы в Димитровграде и Ульяновске. В 1997 году при финансовой и административной поддержке правительства Москвы в центре города, на улице Доватора открывается новое здание для Первого Московского хосписа. В 2002 г. в 8 странах мира были созданы национальные стандарты по оказанию паллиативной помощи. В 2003 г. – были разработаны Рекомендации-2003 Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи.

Неподготовленному человеку находиться в этом отделении не просто, но только пройдя по коридорам, заглянув в палаты, понимаешь, насколько тяжёл и бесценен труд людей, работающих здесь. Сегодня в России действует более 70 таких стационаров. Хосписное

отделение в Красноярске работает с 2001 года. Здесь принимают жителей не только нашего города, но и всего края.

По классификации Всемирной организации здравоохранения, на каждые 300–400 тысяч человек должен существовать один хоспис исключительно для онкологических больных. А ведь есть и те, кто страдает от других, не менее тяжёлых недугов, и кому также нужна помощь специалистов. «Хоспис – это не место. Хоспис – это философия ухода. В хосписе никогда не торопят и не отдалают смерть. Хоспис существует в надежде и с верой в то, что неизлечимо больные пациенты и их близкие могут жить как можно более полно до конца жизни».

С проблемой старения населения, его инвалидизацией и качественных новообразований в настоящее время сталкиваются многие страны, в том числе и Россия. Возрастной состав населения России характеризуется существенной диспропорцией. Ежегодно в России увеличивается индекс демографического старения, увеличивается рост онкологических больных. Улучшение качества жизни данных категорий пациентов является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, помочь решению которой призвана паллиативная медицина. Более половины больных злокачественными опухолями обречены погибнуть от прогрессирования заболевания. Продолжительность жизни больных, которым, в силу распространённости опухолевого процесса, онкологами отказано в специализированной противоопухолевой терапии, различна и колеблется от нескольких недель до нескольких лет. Даже человеку, который не имеет личного опыта переживания тяжёлых физических и душевных страданий, не нужно объяснять, что в таком состоянии любой временной интервал кажется вечностью. Поэтому очевидно, как востребована и велика значимость организации полноценной помощи этим людям.

В программе ВОЗ по борьбе против рака – это такая же приоритетная задача, как первичная профилактика, раннее выявление и лечение больных со злокачественными опухолями. Ответственность за построение эффективной системы паллиативной помощи онкологическим больным несут государство, общественные институты и органы здравоохранения.

Старость – заключительный период человеческой жизни, условная граница которого связана с отходом человека от непосредственного участия в производительной жизни общества.

Согласно международным критериям, население считается старым, если доля в нем людей в возрасте 65 лет и более превышает 7 %.

В начале 2010 г., по данным Росстата, почти каждый восьмой россиянин, то есть 12,9 % жителей страны, находился в возрасте 65 лет и более. Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения вышеуказанных возрастов женщины составляют более двух третей (68,7 %). В перспективе масштабы старения населения России приобретут еще больший характер. Так, согласно официальному демографическому прогнозу, в 2030 г. доля населения в возрасте 65 лет и более возрастет до 18 % (по наиболее оптимистическому варианту роста общей численности жителей России) и до 19,4 % (при пессимистическом варианте).

Такая тенденция связана с несколькими общемировыми факторами, которые характерны (в той или иной степени) и для России: снижение уровня рождаемости до величин, недостаточных для обеспечения положительного естественного прироста населения; улучшение у значительной части населения условий жизни, что увеличивает среднюю продолжительность ожидаемой жизни; успехи медицины, которая использует все более совершенные лекарства и процедуры; выдвигание на первый план индивидуальной ценности здорового образа жизни.

Исследования показывают, что 80 % лиц в возрасте 75 лет и старше не в состоянии обходиться без посторонней помощи. Следовательно, актуальной проблемой, требующей решения, является организация паллиативной помощи данной категории пациентов, которые заинтересованы в организации ухода, обеспечивающего достойный уровень качества жизни. Выбор доступного паллиативного лечения во многом определяется уровнем финансирования. Это породило различные организационные формы оказания паллиативной помощи больным пожилого и старческого возраста.

6.2. Паллиативная помощь как интегративная область деятельности

По определению Всемирной организации здравоохранения паллиативная помощь представляет собой направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, столкнувшихся с трудностями уносящего жизнь заболевания, путем предотвращения страдания и избавления от него, благодаря ранней диагностике, тщательной оценке и лечению боли и других проблем, физических, психосоциальных и духовных.

Хосписная помощь – улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан, которые приближаются к концу жизни (включая помощь родным и близким пациента).

В основу стратегии паллиативной помощи положены ценности: права человека и права пациента, человеческое достоинство, социальное единство, демократия, равноправие, солидарность, равные права людей вне зависимости от пола, свобода участия в принятии решений и выбора. Главный принцип – от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни.

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов: облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни (наряду с радикальным лечением); медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы жизни.

Паллиативное лечение поддерживает у больного стремление к жизни, рассматривая смерть как естественный процесс; не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление; предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти; предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни, а также после его кончины.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача; занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента – медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли необходимы психосоциальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним.

Инкурабельный больной (от лат. in – не + curabilis – излечимый) – это неизлечимый, безнадежный больной. В работе с ним не ставится цель достижения длительной ремиссии заболевания и продления жизни. Этический долг медицинских работников – это облегчение страданий инкурабельного больного.

Паллиативная помощь утверждает жизнь и рассматривает смерть как нормальный закономерный процесс; старается насколько возможно долго обеспечить больному активный образ жизни; предлагает помощь семье пациента во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период переживания тяжелой утраты; использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей пациента и его семьи, в том числе и организацию

ритуальных услуг, если это требуется; улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни; при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного.

11 октября – Всемирный день хосписной и паллиативной помощи. Паллиативная помощь больным старшей возрастной группы в России и за рубежом может оказываться как в больницах, домах престарелых, на дому у пациента, так и в специализированных учреждениях – хосписах. В большинстве стран пожилые люди продолжают жить у себя дома, несмотря на существующие различные возможности предоставления им долговременного ухода. В Австралии и Германии каждый пятнадцатый из людей преклонного возраста проживает в учреждениях по уходу за престарелыми, в Англии – каждый двадцатый. В некоторых других странах этот показатель выше. Так, в США около половины людей старше 80 лет тот или иной период жизни проводят в доме престарелых. В Соединенном Королевстве большая часть финансирования оказания помощи в стационарных хосписах обеспечивается благотворительными взносами, в то время как в США подобные услуги финансируются федеральной программой «Medicare».

Паллиативная помощь: облегчает боль и другие доставляющие беспокойство симптомы; утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу; не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить настолько возможно активно до самой смерти; предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты; использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе в период тяжелой утраты, если возникает в этом необходимость; повышает качество жизни и может также положительно повлиять на течение болезни; применима на ранних стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения, направленными на продление жизни, например с химиотерапией, радиационной терапией; включает проведение исследований с целью лучшего понимания и лечения доставляющих беспокойство клинических симптомов и осложнений.

Цели и задачи паллиативной помощи: адекватное обезболивание и купирование других тягостных симптомов; психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников; выработка

отношения к смерти как к закономерному этапу пути человека; удовлетворение духовных потребностей больного и его близких; решение социальных и юридических, этических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека.

Основным инструментом паллиативной помощи является паллиативная медицина – раздел медицины, задачами которого является использование методов и достижений современной медицинской науки для проведения лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного, когда возможности радикального лечения уже исчерпаны.

Методы оказания паллиативной помощи системой здравоохранения: адекватное облегчение боли; контроль других симптомов; внимательное общение с больным; предоставление информации; предоставление хорошо скоординированной помощи, оказываемой бригадами квалифицированных профессионалов с учетом пожеланий и предпочтений больных.

Препятствия предоставления паллиативной помощи пожилым людям системой здравоохранения: недостаточная осведомленность и осознание масштаба проблемы; отсутствие четкой политики по оказанию паллиативной помощи как относительно пожилых людей, так и относительно заболеваний, которыми они чаще всего страдают; недостаточная интеграция и координация паллиативной помощи, оказываемой в различных условиях и различными службами здравоохранения; дефицит традиций или навыков оказания паллиативной помощи в учреждениях, где осуществляется уход за людьми преклонного возраста и где обычно завершается их жизнь; пренебрежительное отношение к необходимости оказания высококачественной помощи пожилым людям в финальном периоде жизни, возрастная дискриминация в оказании помощи; ошибочные представления относительно потребностей пожилых людей и их желания или способности обходиться без специальных видов помощи; несостоятельность в применении простых, испытанных и эффективных мер помощи; трудности координации оказания помощи в различных условиях, а также между службами медицинской помощи и социальной поддержки; нехватка ресурсов и применение устаревших моделей оказания помощи и деятельности системы здравоохранения.

Решение препятствий паллиативной помощи пожилым через принципы общественного здравоохранения: выявление нужд пожилых людей; мониторинг тенденций и эффективности предпринимаемых мер; совершенствование профессиональной подготовки кадров и

информирования населения; формирование механизмов поддержки необходимых изменений поведения и практики. Это значит, что оказание паллиативной помощи пожилым людям необходимо отражать в планировании служб здравоохранения на национальном уровне. Каждая страна должна сама решить, насколько приоритетной является данная сфера. Политика организации оказания паллиативной помощи должна быть согласована с другими направлениями политики охраны здоровья пожилых людей, а также с политикой по контролю конкретных видов патологии, таких как ишемическая болезнь сердца и деменция. Организаторы здравоохранения должны добиться того, чтобы паллиативная помощь стала неотъемлемой общей частью медицинского обслуживания, а не рассматривалась в качестве некой «дополнительной услуги». Очень важно, чтобы в России создавались не только разнообразные формы организации паллиативной помощи, но сохранилась бы ее философия и основное содержание, чтобы паллиативная помощь была доступна наиболее нуждающимся пациентам, прежде всего онкологическим, и не растворилась среди услуг сестринского ухода при хронических заболеваниях.

Эффективность паллиативной помощи: осязаемое облегчение страданий пациента при продлении его жизни. Критерии эффективности: пациент содержится в комфортных условиях; пациент чувствует свою независимость; пациент не испытывает боли; пациенту оказана максимальная поддержка и внушена надежда на успех процесса.

Выделяют следующие системы служб для пожилых: информационно-образовательную; профилактическую; медицинскую помощь для амбулаторных и госпитальных пациентов; долговременную помощь; помощь на дому; социальные стационары; службы общей поддержки; отделения паллиативной помощи (хосписные отделения) в крупных многопрофильных больницах; консультативно-патронажные формы паллиативной помощи; отделения и дома сестринского ухода; дома престарелых; онкологические диспансеры, расположенные на базе больниц общего профиля.

Таким образом, существуют специализированные формы организации паллиативной помощи – стационарные отделения паллиативной помощи; стационарные хосписы; команды (поддержки) паллиативной помощи в больницах; команды, оказывающие паллиативную помощь на дому; хосписные команды, оказывающие помощь по месту проживания пациента: волонтерская хосписная служба; дневные хосписы; «стационары на дому»; амбулаторные клиники; неспециализированные – районные/участковые службы сестринского ухода;

врачи общей практики; амбулаторные службы сестринского ухода; отделения больниц общего профиля; дома для престарелых.

Долговременная помощь – определяется как одна или более предоставляемых услуг для поддержания функциональных способностей хронического больного до достижения максимально возможного уровня его физического, психического и социального благополучия. Такие услуги предоставляются как на дому, так и в специализированном учреждении. Одна из целей долговременной помощи – усилить способность пациента к самоуходу. Включая в себя медицинские и социальные службы, этот вид помощи предоставляет также услуги реабилитации и поддержки в течение длительного времени, насколько это возможно. Долговременная помощь фокусирует свое внимание на личности больного с функциональными нарушениями, нуждающегося в усилении поддерживающих систем для удовлетворения различных видов повседневной активности – приготовления пищи, приема лекарственных препаратов, работы по дому.

Организация медицинской помощи на дому – наиболее эффективный и рациональный путь использования имеющихся ресурсов системы здравоохранения. К преимуществам данного вида помощи перед другими видами и формами геронтологического ухода можно отнести: выздоровление в домашних условиях происходит в более ранние сроки; домашняя среда более комфортна, так как пациенты ощущают большую ответственность за свой уход со стороны близких, нежели в домах ухода; госпитальные пациенты чаще прибегают к приему снотворных из-за нарушения сна в условиях больничных палат; экономия времени в связи с отсутствием необходимости навещать членов семьи, находящихся в больницах; стоимость помощи на дому ниже других видов лечения.

В России сейчас работает более 100 хосписов и отделений паллиативной помощи. В Красноярске – это хосписное отделение городской больницы № 2. В Москве на данный момент существует 15 хосписов. В Санкт-Петербурге – 14.

Стационарное хосписное отделение. Целью деятельности хосписного отделения является оказание паллиативной помощи и организация ухода для больных онкологического профиля, а также пациентов с тяжелыми, прогрессирующими соматическими заболеваниями с неблагоприятным прогнозом для жизни.

Показания для госпитализации: абсолютные: онкологические заболевания 3–4 ст. с наличием осложнений: раковая интоксикация, распад опухоли, хронический болевой синдром; относительные:

тяжелые прогрессирующие соматические заболевания с нарушением основных функций организма и неблагоприятным прогнозом для жизни.

Отбор больных в хосписное отделение осуществляется по направлению от лечебно-профилактических учреждений Красноярского края и города Красноярска, Красноярского краевого онкологического диспансера.

Пациенты хосписного отделения – это: онкологические больные с хроническим болевым синдромом, купируемым применением наркотических анальгетиков; онкологические пациенты с наличием распада опухоли с некротическим зловонным отделяемым; онкологические больные с раковой интоксикацией (кахексия, постоянное чувство тошноты и рвота, невозможность принятия пищи); лица пожилого и старческого возраста с тяжелой деменцией и когнитивными расстройствами; пациенты, перенесшие инсульт (трахеостомированные, на зондовом питании, порою с наличием огромных пролежней с гнойными «карманами»). За время существования отделения пролечено более 1 500 подобного рода пациентов. Смертность в отделении колеблется от 18 до 26 %.

Выездная служба хосписа – неотъемлемая часть организационной структуры учреждений паллиативной онкологии (хосписов), позволяющая обеспечить непрерывность и преемственность оказания паллиативной помощи, медико-социальной реабилитации и психологической поддержки онкологических больных поздних стадий, а также психологическую поддержку семей в период и после утраты.

Хоспис на дому. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения. Если принять во внимание тот факт, что большинство больных хотели бы провести остаток своей жизни и умереть дома, то оказание помощи в домашних условиях было бы наиболее целесообразно. Однако 2/3 больных в России умирают в больницах. Это «некачественная цифра», которая свидетельствует об отсутствии возможности получения больными помощи на дому или в хосписе. Убогие бытовые условия, трудности во взаимоотношениях с родными вынуждают многих больных искать в хосписе последнее прибежище

Работа в хосписном отделении предполагает риск развития «синдрома эмоционального выгорания». Проведенные в последние годы в России и за рубежом исследования свидетельствуют о подверженности врачей и сестринского персонала, оказывающих паллиатив-

ную помощь инкурабельным больным, формированию состояний личностной дезадаптации. Он может не только негативно влиять на оказание медицинской помощи инкурабельным пациентам, снижая качество профессиональной деятельности, но и неблагоприятно отражается на состоянии психического и соматического здоровья самого медработника и коллег по работе. В решении психологических проблем помогают: общение с коллегами, друзьями, а также любимые занятия, хобби, семья, сама работа, чувство юмора, коллективный отдых с сотрудниками, поездки на природу, работа на даче, наличие достаточных перерывов во время работы на отдых и еду, полноценный сон, посещение церкви, молитва на ночь. Большое значение имеет психологический климат в коллективе. Доброжелательные, партнерские взаимоотношения между коллегами являются предпочтительными перед строгим соблюдением субординации.

Привлечение волонтеров. В последнее время отмечается развитие волонтерского движения в городе Красноярске. Помощь в уходе за тяжелобольными пациентами хосписного отделения оказывают студенты Медико-фармацевтического колледжа.

Участие церкви. Хосписное отделение регулярно посещают прихожане православного прихода при храме Св. Пантелеймона, что улучшает психо-эмоциональный фон в отделении, облегчает душевные страдания пациентов и их родственников. В отделении совершаются религиозные обряды, проводятся богослужения, в которых наряду с пациентами участвуют сотрудники. В 2011 году православными паломниками из Иерусалима был доставлен Благодатный огонь.

Благотворительность. Хосписному отделению оказывают благотворительную помощь обычные граждане, равнодушные к чужим страданиям: предлагают средства ухода (подгузники, пеленки и пр.), постельные принадлежности, противопролежневые системы. В каждую палату проведено спутниковое телевидение, отделение оснащено системой видеонаблюдения. Философия хосписа во многом определяется идеей, согласно которой это не просто «особая больница», но «дом для жизни».

Паллиативные больные – пациент с любым хроническим заболеванием, как в стадии обострения, так и в стадии ремиссии; пациенты всех возрастных групп, страдающие тяжелыми прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии заболевания или при ограниченном прогнозе жизни, которые не могут быть вылечены современными и доступными методами и средствами, и сопровождаются выраженным хроническим болевым синдромом, тяжелыми наруше-

ниями функций органов и систем, нуждаются в квалифицированной медицинской помощи и уходе, психологической, социальной, духовной и моральной поддержке.

Три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни: больные злокачественными новообразованиями 4 стадии; больные СПИДом в терминальной стадии; больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития.

Критериями помещения в хоспис являются: очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны (в том числе твердая уверенность специалистов в правильности поставленного диагноза); наличие у больного жалоб и симптомов (дискомфорта), которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода; ожидаемая продолжительность жизни не более 3–6 мес.; наличие болевого синдрома, который в домашних условиях устранить не представляется возможным; наличия онкологического заболевания, когда больной находится в тяжелой (в основном 4-й) стадии, что подтверждается медицинскими документами учреждения, направляющего больного; наличие социально-психологических показаний (невозможность полноценного ухода за больным близкими, конфликтные ситуации дома, депрессия).

Терминальные состояния

Самым трудным периодом жизни для многих людей является время перед самым уходом. Этот период еще называют «терминальной болезнью». Такое название происходит от английского прилагательного «terminal», которое имеет значения «заключительный, конечный, терминальный, окончательный, последний, завершающий». Терминальная болезнь – это время от момента, когда человек узнал, что у него неизлечимая смертельная болезнь, и до того, когда он уже совсем близко подошел к последней черте.

Умирание (процесс угасания функций организма) является не только качественным переходом от жизни к смерти, но и представляет собой ряд последовательных закономерных нарушений функций и систем организма, заканчивающихся их выключением. Именно это обстоятельство – последовательность и постепенность выключения функций, дает время и обуславливает возможность для вмешательства с целью восстановления жизни. К терминальным состояниям относятся преагония, агония и клиническая смерть.

Подход к оказанию помощи умирающим от неизлечимого заболевания, включая устранение симптоматики, боли, психологическую

и социальную поддержку умирающего, его родных и близких, называют еще терминальным уходом (терминальной заботой).

Основными правами терминальных и умирающих больных являются: право на уважение человеческого достоинства; право на получение информации; право на самоопределение (автономию); право на отказ от лечения; право получать медицинское и социальное обслуживание; право на избавление от боли и уменьшение страдания; право на получение психологической и духовной поддержки.

Ряд вопросов, которые иногда требуется обсудить с пациентом или доверенным лицом: проведение аутопсии (вскрытия); донорство органов; похороны/ кремация; ритуальные и мемориальные услуги; долгосрочные распоряжения в отношении лиц, находящихся на изживании; финансовые и юридические вопросы; завещание и наследство.

Принципы консультирования в период утраты: помочь человеку, который понес утрату, осознать факт смерти родного (близкого); помочь человеку, который понес утрату, определить и выразить свои чувства (что касается плача, то человек, который понес утрату, нуждается в том, чтобы ему помогли определить значение слез, которое претерпит изменение по мере преодоления острого горя); помочь жить без умершего (практическая помощь); облегчить горюющему перенести образ умершего в эмоциональную среду (память); спланировать свое время так, чтобы иметь возможность поддержать понесшего утрату в такие моменты, когда он, вероятно, особенно остро будет ощущать свое горе; объяснить горюющему человеку, что значит «нормальное» поведение в подобном состоянии, убедить его, что ему не угрожает сумасшествие. Принимайте во внимание индивидуальные особенности. Постарайтесь, чтобы Ваша поддержка была постоянной. Основательно изучите средства защиты и адаптации в стрессовых ситуациях. Постарайтесь выявить патологию (если таковая имеется) и направьте человека к специалисту.

Основные функции специалиста социальной работы при оказании паллиативной помощи: проведение в лечебно-профилактическом учреждении диагностики социальных и психологических проблем больных, а также членов их семей; разработка и реализация совместно с врачом, психологом и педагогом индивидуальных планов социальной реабилитации клиента; участие в проведении мероприятий по социальной защите и поддержке клиента, трудовому и бытовому устройству, продолжении обучения; информирование клиентов или их законных представителей о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе; предоставление информации клиентам и членам их семей о правах и

льготах; оказание психологической помощи клиентам, а также членам их семей; организация и участие в проведении медико-социальной экспертизы клиентов; взаимодействие со СМИ и населением по разъяснению современных возможностей в лечении заболеваний, формированию в обществе адекватного отношения к больным, раннее выявление заболеваний и их профилактику; проведение социологических исследований по проблемам помощи клиентам и др.

Опыт работы в г. Кемерово. В настоящее время Городской паллиативный центр представляет собой специализированное учреждение, оснащенное необходимой медицинской техникой, лекарственными препаратами, современными средствами и предметами ухода за тяжелообольными. *Опыт Ульяновской области.* На сегодняшний день паллиативная помощь населению Ульяновской области оказывается практически в каждом лечебном учреждении. Основные организационные структуры региональной модели паллиативной медицины: Ульяновский областной хоспис; отделение паллиативной помощи в составе Димитровградского онкологического диспансера; Ульяновский областной клинический онкологический диспансер; Ульяновский областной клинический госпиталь ветеранов войн; участковая служба региона. Для улучшения качества стационарной помощи внедрены программы адекватного обезболивания, купирования тягостных симптомов, проведения паллиативной химиогормонотерапии, свето- и ароматерапии.

В Красноярске начала работать первая выездная бригада помощи тяжелообольным. Бригада организована при хосписном отделении городской больницы № 2. Она оказывает паллиативную помощь пациентам в крайне тяжёлом состоянии. Первый выезд бригады состоялся в начале августа 2013 года. Работа проходит во взаимодействии с Красноярским краевым клиническим онкологическим диспансером. На данном этапе необходимо организовать взаимодействие поликлиник и выездной бригады для того, чтобы формировать показания для такого патронажа. Необходимо усилить психологический компонент, активно взаимодействовать с родственниками, с различными благотворительными организациями. Постоянно проводится анализ потребности в паллиативной помощи с целью понимания нагрузки на выездную бригаду паллиативной помощи, необходимости численности таких бригад в городе.

В России существует острая потребность в учреждениях по оказанию паллиативной помощи. Паллиативная помощь должна стать неотъемлемой частью медицинского обслуживания. Необходимо раз-

вивать систему межведомственного взаимодействия, взаимодействия с благотворительными организациями, родственниками больных, расширить возможности для открытия хосписных отделений, центров при больницах. Большую пользу хосписной помощи окажет сформированная программа общественного мнения. Система паллиативной помощи должна быть гибкой для приспособления к изменяющимся условиям действительности. Необходимо постоянно совершенствовать программы подготовки медицинских и социальных работников, что будет способствовать внедрению новых технологий, расширению спектра социальных услуг с учетом жизненных потребностей больных. Остается актуальной проблема информированности граждан об организациях хосписного типа.

6.3. Организация медико-социальной помощи при онкологических заболеваниях

Началом организации современной онкологической службы явилось Постановление Правительства СССР от 30.04.1945 г., которым предусмотрено создание в каждой области онкологического диспансера, в задачу которого входит лечение и учет онкологических больных. С 1953 года введен учет онкологических больных не только в онкодиспансерах, но и в лечебных учреждениях всех городских и сельских населенных пунктов.

Современная структура онкологической службы в России регламентирована Приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология» и выглядит следующим образом. Первичной организацией онкологической сети является онкологическое отделение при больнице и онкологический кабинет при поликлинике. Врач онкологического кабинета в методическом отношении подчиняется онкологическому диспансеру, а в административном – главному врачу своего лечебного учреждения.

В статье 37 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» утвержден прилагаемый Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология»:

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи по профилю «онкология» населению с онкологическими заболеваниями в медицинских организациях (далее соответственно – медицинская помощь, больные с онкологическими заболеваниями).

2. Медицинская помощь оказывается в виде: первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи.

3. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях: амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно.

4. Медицинская помощь включает: профилактику и диагностику онкологических заболеваний, лечение и реабилитацию больных с онкологическими заболеваниями с использованием современных специальных методов и сложных, в том числе уникальных, медицинских технологий.

5. Медицинская помощь осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

6. Первичная медико-санитарная помощь включает: первичную доврачебную медико-санитарную помощь; первичную врачебную медико-санитарную помощь; первичную специализированную медико-санитарную помощь.

7. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний и медицинскую реабилитацию по рекомендациям медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

8. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием в амбулаторных условиях.

9. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается амбулаторно и в условиях дневного стационара врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) по территориально-участковому принципу.

10. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в первичном онкологическом кабинете или в первичном онкологическом отделении врачом-онкологом.

11. При подозрении или выявлении у больного онкологического заболевания врачи-терапевты, врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, средние медицинские работники в установленном порядке направляют больного на консультацию в первичный онкологический кабинет или первичное онкологическое отделение медицинской организации для оказания ему первичной специализированной медико-санитарной помощи.

12. Врач-онколог первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения направляет больного в онкологический диспансер или в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для уточнения диагноза и оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

13. Скорая медицинская помощь оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. № 179 «Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи».

14. Скорая медицинская помощь оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

15. При подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи, таких больных переводят или направляют в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для определения тактики ведения и необходимости применения дополнительно других методов специализированного противоопухолевого лечения.

16. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, оказывается врачами-онкологами, врачами-радиотерапевтами в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, имеющих лицензию, необходимую материально-техническую базу, сертифицированных специалистов, в стационарных условиях и условиях дневного стационара и включает в себя профилактику, диагностику, лечение онкологических заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных (уникальных) медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

17. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, осуществляется по направлению врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения, врача-специалиста при подозрении и (или) выявлении у больного онкологического заболевания в ходе оказания ему скорой медицинской помощи.

18. В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, тактика медицинского обследования и лечения устанавливается консилиумом врачей-онкологов и врачей-радиотерапевтов, с привлечением при необходимости других врачей-специалистов.

19. Паллиативная медицинская помощь оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию паллиативной медицинской помощи, в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневного стационара и включает в себя комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли, в том числе с применением наркотических средств, и облегчение других тяжелых проявлений онкологических заболеваний.

20. Оказание паллиативной медицинской помощи в онкологическом диспансере, а также в медицинских организациях, располагающих отделениями паллиативной помощи, осуществляется по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-онколога первичного онкологического кабинета или первичного онкологического отделения.

21. Больным с онкологическими заболеваниями при наличии медицинских показаний и независимо от сроков, прошедших с момента лечения, проводятся реабилитационные мероприятия в специализированных медицинских организациях.

22. Больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года – один раз в три месяца; в течение второго года – один раз в шесть месяцев; в дальнейшем – один раз в год.

23. Информация о впервые выявленном случае онкологического заболевания направляется врачом-специалистом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз, в организационно-методический отдел онкологического диспансера для постановки больного на диспансерный учет.

24. В случае подтверждения у больного факта наличия онкологического заболевания информация об уточненном диагнозе больного направляется из организационно-методического отдела онкологического диспансера в первичный онкологический кабинет или первич-

ное онкологическое отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, для последующего диспансерного наблюдения больного.

Правила организации деятельности онкологического диспансера:

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности онкологического диспансера (далее – диспансер).

2. Диспансер создается как самостоятельная медицинская организация для обеспечения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказания методической помощи медицинским организациям, оказывающим первичную специализированную медико-санитарную помощь, в проведении профилактики онкологических заболеваний, организации онкологического скрининга.

3. Диспансер возглавляет главный врач, назначаемый на должность и освобождаемый от должности учредителем медицинской организации.

4. В структуре диспансера рекомендуется предусмотреть: диагностические отделения (отделение рентгенодиагностики, ультразвуковой диагностики, радионуклидной диагностики, внутрисветной эндоскопической диагностики, функциональной диагностики, патологоанатомическое отделение, клинко-диагностическую и цитологическую лабораторию); лечебные отделения: отделение анестезиологии и реанимации, реанимации и интенсивной терапии, противоопухолевой лекарственной терапии, онкологические отделения хирургических методов лечения (операционный блок; торакальной, абдоминальной онкологии, онкоурологии, онкогинекологии, нейроонкологии, опухолей головы и шеи, опухолей костей, кожи, мягких тканей, молочной железы, онкогематологии, рентгенохирургических методов лечения), радиотерапевтическое, фотодинамической терапии, реабилитации, паллиативной помощи; отделение радиационной безопасности; организационно-методический отдел; поликлиническое отделение; дневной стационар; трансфузиологический кабинет; аптеку; дезинфекционно-стерилизационное отделение; отделение для обеспечения эксплуатации медицинского оборудования.

5. Диспансер осуществляет следующие функции: оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи больным с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями; разработка и организационно-методическое обеспечение мероприятий, направленных на совершенствование профилактики и раннего выявления онкологических и предопухолевых заболеваний; анализ состояния медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на территории субъекта Российской Федерации,

эффективности и качества профилактических мероприятий, диагностики, лечения и диспансерного наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями; изучение и внедрение в практику современных лечебно-диагностических технологий; участие в организации и проведении научно-практических мероприятий; организация работы по повышению настороженности врачей и других медицинских работников медицинских организаций для выявления онкологических заболеваний; методическое руководство и консультативная помощь врачам-специалистам медицинских организаций по вопросам проведения диспансеризации и профилактических осмотров, диспансеризации больных с предопухолевыми и хроническими заболеваниями; методическое руководство и консультативная помощь по вопросам санитарно-гигиенического просвещения среди населения по профилактике онкологических заболеваний, соблюдению здорового образа жизни; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством, ведение регионального сегмента Федерального ракового регистра.

Облегчение страданий – это этический долг медицинских работников. Инкурабельный больной имеет право на паллиативную помощь. Каждый врач и медсестра обязаны использовать принципы паллиативной медицины при оказании помощи этой категории больных.

Профилактика онкологических заболеваний

Под первичной профилактикой злокачественных новообразований понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных факторов окружающей среды и образа жизни, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. Эта система мероприятий должна охватывать всю жизнь человека. Онкогигиеническая профилактика – это выявление и устранение возможности действия на человека канцерогенных факторов окружающей среды, а также выявление и использование возможностей уменьшения опасностей такого воздействия. Спектр форм воздействия в этом направлении чрезвычайно обширен, и можно конкретизировать лишь основные из них. Такими являются образ жизни и питание человека. Первичная профилактика направлена на устранение канцерогенеза – процесса возникновения опухоли. Прежде всего, это устранение контакта с канцерогенами. Наибольшее значение в профилактике онкологических заболеваний имеет: отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя; нормализация веса; соблюдение диеты; регулярная физическая

активность. Вторичная профилактика направлена на диагностирование и лечение предраковых заболеваний и раннее выявление/ лечение злокачественных опухолей, а также на профилактику повторного возникновения (рецидивов) опухолей после лечения. К мероприятиям, позволяющим выявлять опухоли на ранних стадиях, относятся: маммография, PAP-мазки (для раннего выявления рака шейки матки), профилактические осмотры, выявление групп риска.

Принципы профилактического (противоракового питания):

– уменьшение потребления жира, так как в жирах содержатся канцерогены. В эпидемиологических исследованиях найдена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рака толстой кишки и рака предстательной железы;

– обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, цельных зернах злаковых, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающие антиканцерогенным действием. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, уменьшает контакт канцерогенов с толстой кишкой за счет улучшения ее двигательной активности;

– ограничение потребления алкоголя как одного из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени, молочной железы;

– ограничение потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях (нитриты до сих пор часто используются для подкрашивания колбасных изделий).

Профилактика – важнейшее звено в организации онкологической помощи населению.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы новые модели медицинской и социальной помощи терминальным больным?

2. Перечислите основные концептуальные принципы хосписной деятельности. Какие организационные формы хосписа вы знаете?

3. Охарактеризуйте отношение к эвтаназии старых людей и роль хосписных отделений.

4. Каковы основные принципы организации онкологической помощи в России?

5. В чем заключается профилактика новообразований?

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Геронтология – это наука:
 - 1) о старости и старении живых организмов, в том числе и человека;
 - 2) о процессах, протекающих в клетках организма с течением времени;
 - 3) о правильном питании лиц пожилого и старческого возраста;
 - 4) об отношении к лицам пожилого и старческого возраста.

2. Онтогенез – это:
 - 1) возрастные изменения человека;
 - 2) индивидуальное развитие человека;
 - 3) болезнь человека;
 - 4) снижение функций организма в пожилом и старческом возрасте.

3. Старость – это:
 - 1) болезнь человека;
 - 2) следствие неправильного образа жизни;
 - 3) закономерно наступающий заключительный период развития человека;
 - 4) потеря иммунитета.

4. Европейская страна, где открылись первые гериатрические центры «Сальпетриер» и «Бисетр»:
 - 1) Англия;
 - 2) Германия;
 - 3) Франция;
 - 4) Бельгия.

5. Основоположник американской геронтологии:
 - 1) И. Нашер;
 - 2) И. Фишер;
 - 3) И. И. Мечников;
 - 4) В. В. Фролькис.

6. Основоположник советской геронтологии:
 - 1) И. И. Мечников;
 - 2) В. В. Фрольких;
 - 3) А. А. Богомолец;
 - 4) С. П. Боткин.

7. Ученый, предложивший назвать науку о болезнях пожилого и старческого возраста гериатрией:

- 1) И. Фишер;
- 2) И. И. Мечников;
- 3) А. А. Богомолец;
- 4) С. П. Боткин.

8. Витаукт – это:

- 1) процесс, стабилизирующий жизнедеятельность организма;
- 2) процесс, характерный для стареющего человека;
- 3) относительное динамическое постоянство внутренней среды организма;
- 4) возрастные изменения организма.

9. Гетерогенез – это:

- 1) процесс, стабилизирующий жизнедеятельность организма;
- 2) развитие старения;
- 3) индивидуальное развитие человека;
- 4) динамическое постоянство состава и свойств внутренней среды организма.

10. Старческий возраст, согласно возрастной периодизации, ВОЗ принятой в 1964 г. в Киеве на семинаре геронтологов:

- 1) 60;
- 2) 70;
- 3) 65;
- 4) 75;
- 5) 80.

11. Первостепенные жалобы пожилых людей России, по результатам проведенных социологических исследований:

- 1) ослабленное здоровье;
- 2) плохое материальное положение;
- 3) чувство одиночества;
- 4) повышенная тревожность за будущее собственных детей.

12. Основная задача старости, по мнению Эриксона:

- 1) достижение ценности, осознание и принятие прожитой жизни;
- 2) достижение возраста долгожителей;
- 3) способность приносить пользу детям и внукам;
- 4) необходимость поиска новых ресурсов для выживания.

13. Резистентность организма:

- 1) развитие организма от рождения до старости;
- 2) мера старения организма;
- 3) структурная и функциональная мера организма;
- 4) снижение функций организма в пожилом и старческом возрасте.

14. Геронтофобия:

- 1) враждебное отношение к старикам;
- 2) страх перед собственной старостью;
- 3) враждебное отношение к детям;
- 4) враждебное отношение к инвалидам.

15. Процент пожилых людей в обществе, при котором можно говорить о глубокой демографической старости:

- 1) 15;
- 2) 20;
- 3) 25;
- 4) 30.

16. Признаки районов, которым характерна модель «старого населения»:

- 1) высокая рождаемость;
- 2) высокая смертность;
- 3) низкая рождаемость/ высокая смертность;
- 4) низкая рождаемость/ низкая детская смертность/ высокая продолжительность жизни.

17. Вид деятельности человека, способствующий замедлению процессов старения:

- 1) умственный труд;
- 2) физический труд;
- 3) творчество;
- 4) государственная служба.

18. Социальное долголетие:

- 1) увеличение выживаемости и средней продолжительности жизни человека в данной популяции;
- 2) увеличение выживаемости, которое основывается на биологических особенностях тех или иных индивидов;

- 3) увеличение продолжительности жизни;
- 4) увеличение продолжительности жизни за счет активного функционирования в социуме.

19. Индивидуальное долголетие:

- 1) увеличение выживаемости и средней продолжительности жизни в данной популяции;
- 2) увеличение выживаемости, которое основывается на биологических особенностях тех или иных индивидов;
- 3) увеличение выживаемости популяции;
- 4) увеличение выживаемости за счет правильного питания.

20. Мультиморбидность – это:

- 1) процесс, стабилизирующий жизнедеятельность человека;
- 2) различная скорость старения органов и систем;
- 3) различное время старения тканей организма человека;
- 4) сочетание нескольких хронических болезней;
- 5) процесс, дестабилизирующий жизнедеятельность человека.

21. Интегральным показателем здоровья и трудоспособности пожилого человека является степень:

- 1) подвижности и самообслуживания;
- 2) активности мозга и мышечной ткани;
- 3) заинтересованности в экономической и политической жизни страны;
- 4) сохранения творческого потенциала.

22. Причина сокращения длины тела при старении:

- 1) уплощение межпозвонковых дисков;
- 2) развитие старческого кифоза;
- 3) изменения во внутренних органах и системах;
- 4) неправильная осанка пожилого человека;
- 5) неправильное питание пожилого человека.

23. Чем объясняется упорная бессонница, появляющаяся в пожилом возрасте:

- 1) недостаточным снабжением мозговой ткани кислородом;
- 2) возрастными изменениями, происходящими в коре головного мозга;
- 3) переживаниями по поводу плохого материального положения;
- 4) переживаниями по поводу надвигающейся старости.

24. Старческая немощь – это:

- 1) психическое заболевание пожилого человека;
- 2) упорная усталость пожилого человека;
- 3) невозможность дополнительно зарабатывать в старческом возрасте;
- 4) состояние, при котором человек в результате длительной хронической болезни становится неспособным выполнять повседневные функции.

25. Позитивный стереотип старости:

- 1) оценка ценности жизненного опыта и мудрости пожилых людей;
- 2) экономический вклад пожилого человека;
- 3) возможность получить наследство;
- 4) ценность психического здоровья пожилого человека.

26. Геропротекторы – это препараты:

- 1) улучшающие кровообращение организма;
- 2) для увеличения продолжительности жизни;
- 3) препятствующие образованию свободных радикалов;
- 4) улучшающие обменные процессы.

27. Геропсихология:

- 1) медицинская отрасль геронтологии;
- 2) наука о рациональном питании лиц пожилого возраста;
- 3) раздел возрастной психологии и социальной геронтологии, изучающий психологические особенности пожилых людей;
- 4) раздел социальной геронтологии, изучающий старение населения.

28. Психический упадок, по мнению Н. Ф. Шахматова, наступает в возрасте старше (лет):

- 1) 50;
- 2) 60;
- 3) 85.

29. Социально-психологические проблемы, более характерные для женщин:

- 1) неудовлетворенность внешним видом;
- 2) потеря привычных семейных ролей;
- 3) перемены положения на службе;
- 4) выход на пенсию.

30. Социально-психологические проблемы, более характерные для мужчин:

- 1) перемены в служебном положении;
- 2) проблемы финансовой обеспеченности;
- 3) изменение семейных ролей;
- 4) неудовлетворенность внешним видом.

Ответы

1) 1	9) 1	17) 1	25) 1
2) 2	10) 4	18) 1	26) 2
3) 3	11) 3	19) 2	27) 3
4) 3	12) 1	20) 4	28) 3
5) 1	13) 3	21) 1	29) 1, 2
6) 3	14) 2	22) 1, 2	30) 1, 2
7) 1	15) 1	23) 1	
8) 1	16) 4	24) 4	

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гончарова, Г. Н. Качество жизни пожилых людей в современном обществе / Г. Н. Гончарова // Социальное образование XXI века: история, современность, перспективы профессии «Социальная работа» в России : материалы науч.-практ. конф. / редкол.: С. Ю. Никулина (гл. ред.), Н. В. Тихонова, Ю. В. Кожаткина [и др.] ; КрасГМУ. – Красноярск, 2014. – С. 220–223.

2. Гончарова, Г. Н. Социальная геронтология : словарь-справочник для студентов специальности 040101 «Социальная работа» и напр. подготовки 040400.62 «Социальная работа», квалификация бакалавр, очн. и заочн. форм обучения / Г. Н. Гончарова, Л. Е. Ананьина ; СибГТУ. Красноярск, 2013. – Т. 1. – 231 с.

3. Гончарова, Г. Н. Социальная геронтология : словарь-справочник для студентов специальности 040101 «Социальная работа» и напр. подготовки 040400.62 «Социальная работа», квалификация бакалавр, очн. и заочн. форм обучения / Г. Н. Гончарова, Л. Е. Ананьина ; СибГТУ. Красноярск, 2013. – Т. 2. – 195 с.

4. Гончарова, Г. Н. Трансформация параметров потребностей и ценностей семьи пожилого человека в современных условиях / Г. Н. Гончарова // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности : материалы III Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене (2–4 декабря 2015 г., Улан-Удэ) / отв. ред. Ю. Ю. Шурыгина. – Улан-Удэ : Изд-во ВСГУТУ, 2015. – С. 95–96.

5. Жучкова, С. М. Удовлетворенность жизнью в позднем возрасте / С. М. Жучкова // Общая и прикладная психология: вопросы теории и практики : материалы I Междунар. науч.-практ. конф. – М. : Спутник+, 2012. – 47 с.

6. Нестеренко, Л. А. Взаимосвязь качества жизни и общественных потребностей / Л. А. Нестеренко // Социально-экономическое развитие и качество жизни: история и современность : материалы Междунар. науч.-практ. конф. (10–11 мая 2011 г., Пенза). – Пенза – Семипалатинск : Науч.-изд. центр «Социосфера», 2011. – С. 85–90.

7. Нор-Аревян, О. А. Социальная геронтология : учеб. пособие / О. А. Нор-Аревян. – М. : Дашков и К, 2011. – 312 с.

8. Поленова, М. Е. Социальная защищенность и социальное самочувствие пожилых людей / М. Е. Поленова // Евразийское научное объединение. – 2015. – № 6. – С. 123–126.

9. Понежа, Г. А. Ценности и установки личности как основание классификации типологий ресоциализации пожилого человека в условиях геронтологического центра / Г. А. Понежа // Вестник ТГУ. – 2011. – № 9. – С. 181–185.

10. Ротова, Е. Е. Современные психологические подходы к анализу качества жизни / Е. Е. Ротова // Системная психология и социология. – 2012. – № 5. – С. 65–70.

11. Рудюк, М. А. Досуговая деятельность как важная составляющая качества жизни пожилых людей / М. А. Рудюк // Социосфера. – 2013. – № 15. – С. 56–58.

12. Тагирова, К. Э. Система ценностных ориентаций как регулятор поведения личности / К. Э. Тагирова // Система ценностей современного общества. – 2010. – № 13. – С. 195–200.

13. Технология мониторинга сердечно-сосудистых заболеваний и качества жизни старшего поколения / Д. В. Черкашин [и др.] // Профилактическая и клиническая медицина. – 2011. – № 4. – С. 77–81.

14. Окрепилова, И. Г. Управление качеством жизни : учеб. пособие / И. Г. Окрепилова. – СПб. : Изд-во СПбГУЭФ, 2010. – 104 с.

15. Фирсов, М. В. Технология социальной работы [Текст]: учебное пособие / М. В. Фирсов. – 2-е изд. – М. : Трикта ; Москва : Акад. проект, 2009. – 428 с.

16. Холостова, Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми : учеб. пособие / Е. И. Холостова. – М. : Дашков и К, 2014. – 338 с.

17. Чернышкова, Е. В. Медико-социальные практики активизации ресурсов пожилых людей: социологический анализ / Е. В. Чернышкова, Е. А. Андриянова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – № 12. – С. 1389–1391.

18. Шаповаленко, И. В. Возрастная психология : учеб. пособие / И. В. Шаповаленко. – М. : Гардарики, 2009. – 349 с.

19. Шишкин, А. Н. Гериатрия : учеб. пособие / А. Н. Шишкин, Н. Н. Петрова. – М. : Академия, 2008. – 192 с.

20. Официальный сайт Администрации Президента России [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.kremlin.ru](http://www.kremlin.ru).

21. Официальный сайт Агентства труда и занятости населения Красноярского края [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.rabota-enisey.ru.

22. Официальный сайт Вестника Московского городского научного общества терапевтов «Московский доктор» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http:// www.delpress.ru](http://www.delpress.ru).

23. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.who.int.ru.

24. Официальный сайт Всероссийского центра изучения общественного мнения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.wciom.ru.

25. Официальный сайт Государственной универсальной научной библиотеки Красноярского края [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.kraslib.ru.

26. Официальный сайт Исследования индекса качества жизни пожилых людей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.helpage.org.

27. Официальный сайт Международной неправительственной организации HelpAge International [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.helpage.org.

28. Официальный сайт Министерства социальной политики Красноярского края [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.szn24.ru.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 (справочное)

Перечень ключевых слов

Абилитация	Заболеваемость
Адаптация социальная	Занятость
Адинамия	Здоровый образ жизни
Астенія	Здоровье (ВОЗ)
Аутофобия	Игромания
Бедность	Инвалид
Благополучие	Инвалидность
Благосостояние	Индекс валового
Взаимопомощь	национального дохода
Возраст	Индекс гендерного
Возраст пенсионный	равенства
Волонтерство	Индекс качества жизни (ИКЖ)
Врач-гериатр	Индекс качества жизни
Гарантии социальные	пожилых (ИКЖП)
Гендер	Индекс образования
Гериатрический возраст	Индекс человеческого
Герогигиена	развития (ИЧР)
Геродиетика	Индекс развития человеческого
Геронтологический центр	потенциала (ИРЧП)
Геронтология социальная	Инклюзия (от inclusion –
Группа межпоколенческая	включение)
Группа риска	Интеграция (от лат. Integratio –
Демографическая	«соединение»)
нагрузка	Информационная поддержка
Демографический сдвиг	Ипохондрия (от др.-греч.
Демографическое старение	ὑποχόνδριον – «подреберье»)
населения	Качество жизни
Депрессия	Качество окружающей среды
Диалог межпоколенческий	Качество профилактической
Дискриминация	медицинской помощи
Долгожитель	Качество социальной сферы
Долголетие	Качество старения
Долгосрочная целевая	Количество здоровья
Программа	Конвенция о правах инвалидов
Дом престарелых	Консангвинальная семья
Дом-интернат	Конфликт
Доступная среда	Конфликт поколений
Досуг	Концепция образа жизни
Досуговая деятельность	Концепция продуктивного
Доходы населения	старения
Жизненный опыт	Конъюгальная семья

Льгота	Психологический комфорт
Максимальная продолжительность жизни	Развитие человека
Малообеспеченность	Реабилитация
Материальная помощь	Самоидентификация
Медико-социальная помощь	Самопомощь
Межпоколенная взаимосвязь	Свободное время
Межпоколенный конфликт	Семейные отношения
Меры социальной поддержки	Смертность
Мотивация здоровья и здорового образа жизни над пожилыми людьми	Социализация в пожилом возрасте
Невроз (neurosis)	Социальная активность
Неофобия (neophobia)	Социальная безопасность
Неполная семья	Социальная изоляция (Social segregationem)
Непрямое самоубийство	Социальная поддержка (Social sustentationem)
Нозофобия (nosophobia)	Социальная среда
Образование взрослых	Социально-психологическая адаптация
Общественно-активные пожилые люди	Социальные гарантии
Ограничение жизнедеятельности	Социальные роли
Одинокие пожилые люди	Социальный риск (Social periculo)
Одиночество	Социокультурная адаптация
Ожидаемая продолжительность жизни	Социологическое исследование
Паллиативная медицина	Старение
Паническая атака (Terror congredere)	Старость
Паритет (от лат. paritas – равенство)	Страх (Noli)
Патология (от греч. Паθος – страдание, боль, болезнь и логос – изучение)	Стресс
Период дожития	Суицид (sui caedere)
Пирамида потребностей по А. Маслоу	Танатофобия (thanatophobia)
Пожилкой возраст	Трудная жизненная ситуация (Rebus)
Пожилкой человек	Уклад жизни
Позиция «враждебности к миру»	Университет «третьего возраста»
Позиция «враждебности к себе и своей жизни»	Уровень жизни (Latin viventium)
Поколение	Условия жизни (videntes conditionibus)
Потребительская корзина (Consumer basket)	Фармакоэкономика
Потребность, нужда	Фобия (phobia)
Предпенсионный возраст	Фрустрация
Прожиточный минимум	Хронические заболевания (longis)
	Ценности
	Ценности общие
	Четвертый возраст
	Экологический след
	Экономически активное население (Economically actuosam)

**Региональная программа
повышения качества жизни граждан пожилого возраста
на территории Красноярского края на 2014–2018 годы**

Демографический сдвиг в структуре населения, связанный с увеличением удельного веса представителей старших возрастов, несёт с собой весьма серьёзные последствия для жизни как отдельных людей и семей, так и для их сообществ и стран в целом. По прогнозам учёных, в 2050 году к пожилым можно будет отнести третью часть населения планеты. Старение населения, как и наступление старости у отдельного человека, сопровождается ростом зависимости пожилых людей от экономически и социально активного населения. Старение населения приводит к росту демографической нагрузки на трудоспособное население за счёт пенсионеров.

Неудовлетворительное состояние здоровья, невысокий уровень доходов, снижение конкурентоспособности на рынке труда в предпенсионном возрасте – характерные черты положения значительной части пожилых людей. Основная часть пожилых людей, особенно после выхода на пенсию по достижению пенсионного возраста, оказывается низко адаптированной к новым отношениям в силу неустойчивого материального положения, невозможности собственными силами изыскать способы его улучшения, существенно изменить стереотипы своего экономического поведения. У неработающих пенсионеров сильнее выражено чувство социальной незащищённости.

Основными мерами социальной поддержки граждан пожилого возраста, в том числе ветеранов труда Российской Федерации, тружеников тыла, реабилитированных лиц, ветеранов труда края, пенсионеров, не имеющих льготного статуса, в сфере здравоохранения являются: предоставление мер социальной поддержки по получению лекарственной помощи; предоставление мер социальной поддержки в части бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов ветеранам труда Красноярского края, труженикам тыла, реабилитированных и пострадавших от политических репрессий. Не менее важным направлением социальной поддержки граждан является социальное обслуживание, характеризующееся расширением спектра социальных услуг лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации – гражданам пожилого возраста.

В целях обеспечения доступности, повышения эффективности и качества предоставления населению услуг в сфере социального обслуживания проводится системная работа, направленная на: совершенствование действующей в крае сети учреждений социального обслуживания, её модернизацию и развитие, адаптацию к изменяющимся правовым, социально-экономическим и демографическим условиям; расширение охвата граждан и спектра социальных услуг за счёт привлечения социально

ориентированных некоммерческих организаций, благотворителей и добровольцев; укрепление материально-технической базы учреждений социального обслуживания населения и сокращение очерёдности на получение услуг социального обслуживания населением; решение кадровых проблем отрасли; качество жизни пожилых людей зависит, в том числе, от организованности досуга, доступности культурных ценностей и услуг, уровня образования.

Участие пожилых людей в различных видах художественного и прикладного творчества способствует реализации их духовного и культурного потенциала, расширяет возможности социокультурной адаптации. В организации работы по обеспечению гражданам старшего поколения равных условий и возможностей для полноценной жизни активное участие принимают учреждения культуры. Для максимального вовлечения людей пожилого возраста в активную культурно-досуговую деятельность краевыми и муниципальными учреждениями культуры на бесплатной основе проводятся мероприятия по различным направлениям: концертные программы, тематические вечера, встречи, лекции-беседы, интеллектуальные и развлекательные программы, успешно проводятся совместные мероприятия ветеранов и молодёжи. Ежегодно проводится цикл краевых, районных мероприятий, посвящённых Дню Победы, Дню памяти и скорби, Дню пожилых людей. Вовлечённость людей в процесс непрерывного образования является одним из существенных показателей качества жизни человека в любом возрасте, в том числе пожилым.

На базе учреждений социального обслуживания, культуры, молодёжных центров организованы более 50 клубов компьютерной грамотности для пожилых людей с возможностью доступа в сеть Интернет, а также, позволяющие обучать пожилых людей пользоваться информационно-коммуникационными технологиями в повседневной жизни, в которых прошли обучение около 2 000 человек.

В рамках утверждаемых Государственных программ в сферах образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, социальной защиты разработан и проводится комплекс мероприятий, направленных на: дальнейшее совершенствование социального обслуживания и оказания медицинской помощи, включая лекарственное обеспечение, особенно в сельских районах; содействие ведению здорового образа жизни; развитие социального туризма; внедрение в работу социальных служб механизмов частно-государственного партнёрства; обеспечение социального сопровождения пожилых граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию; внедрение независимой системы оценки качества работы учреждений, предоставляющих социальные услуги; обучение пожилых граждан компьютерным технологиям и обеспечение доступности для них компьютерной техники, в том числе оснащение такой техникой ветеранских организаций; повышение доступности для людей пожилого возраста объектов

здравоохранения, культуры и спортивных объектов, учреждений социального обслуживания населения; совершенствование физкультурной работы с данной категорией граждан и подготовку необходимых для этой работы кадров.

Изменение социального статуса человека в старости и при наступлении инвалидности в пожилом возрасте, возникновение различных затруднений в социально-бытовой, психологической адаптации к новым условиям жизни диктует необходимость выработки и реализации специфических подходов, форм и методов, особых технологий социальной работы с такими людьми.

Основной целью программы является формирование организационных, правовых, социально-экономических условий для повышения качества и уровня жизни пожилых людей, степени их социальной защищённости, активизации участия пожилых людей в жизни общества.

В связи с этим в крае проводится работа по: формированию равных возможностей для граждан пожилого возраста и инвалидов, обеспечению доступа к объектам социальной и транспортной инфраструктуры за счёт оснащения социально значимых объектов пандусами, входными группами и автономными лифтами; обеспечению доступа к информационным технологиям; развитию социального партнёрства органов государственной власти края с общественными организациями, практики благотворительной деятельности граждан и организаций, поддержки добровольческой деятельности (волонтёрства); повышению уровня и качества жизни отдельных категорий граждан, в том числе по совершенствованию системы государственной поддержки граждан пожилого возраста на основе адресности в предоставлении социальной помощи; повышению качества и доступности социального обслуживания за счёт оптимизации и реструктуризации сети учреждений социального обслуживания населения; привлечению социально ориентированных некоммерческих организаций; формированию высокопрофессионального кадрового потенциала, повышению престижности и привлекательности труда работников отрасли в сферу оказания социальных услуг населению.

Мероприятия «Региональной программы повышения качества жизни граждан пожилого возраста на территории Красноярского края» на 2014–2018 годы.

Задача 1. Правовое и информационное обеспечение социальной поддержки и социального обслуживания граждан пожилого возраста.

Задача 2. Укрепление социальной защищённости граждан пожилого возраста.

Задача 3. Укрепление здоровья граждан пожилого возраста.

Задача 4. Повышение качества, доступности, безопасности предоставления услуг гражданам пожилого возраста государственными, муници-

пальными учреждениями в сфере образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, социального обслуживания края.

Задача 5. Формирование системы совершенствования коммуникационных связей и развития интеллектуального потенциала граждан пожилого возраста.

Задача 6. Создание правовых, экономических и организационных условий, гарантий и стимулов для эффективной деятельности социально ориентированных некоммерческих организаций, внедрение в работу учреждений в сфере образования, здравоохранения, культуры, физической культуры и спорта, социального обслуживания механизмов частно-государственного партнёрства, поддержка общественных организаций ветеранов, действующих на территории Красноярского края.

Задача 7. Организация свободного времени и культурного досуга граждан пожилого возраста.

Задача 8. Кадровое обеспечение деятельности по работе с гражданами пожилого возраста.

Качество жизни граждан пожилого возраста

Качество жизни – комплексная характеристика уровня и условий жизнедеятельности людей, отражающая возможности и степень удовлетворения ими различных потребностей и субъективное восприятие жизни и ее отдельных аспектов.

Качество жизни является наиболее важной социальной категорией, которая характеризует структуру потребностей человека и возможности их удовлетворения. Человек страдает от низкого качества и испытывает удовлетворение от высокого качества жизни, независимо от сферы в работе, в бизнесе и в личной жизни. Следовательно, качество необходимо человеку постоянно.

Человек сам стремится к улучшению качества жизни – получает образование, трудится на работе, стремится к продвижению по карьерной лестнице, прилагает все усилия на то, чтобы добиться признания в обществе.

Основными показателями качества жизни населения являются: доходы населения (среднедушевые номинальные и реальные доходы, показатели дифференциации доходов, номинальная и реальная начисленная средняя заработная плата, средний и реальный размер назначенной пенсии, величина прожиточного минимума и доля населения с доходами ниже прожиточного уровня, минимальные размеры заработной платы и пенсии); качество питания (калорийность, состав продуктов); качество и модность одежды; комфорт жилища (общая площадь занимаемого жилья на одного жителя); качество здравоохранения (число больничных коек на 1000 жите-

лей); качество социальных услуг (отдых и сфера услуг); качество образования (число вузов и средних специальных учебных заведений, удельная доля студентов в численности населения); качество культуры (издание книг, брошюр, журналов); качество сферы обслуживания; качество окружающей среды, структура досуга; демографические тенденции (показатели ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, смертности, брачности, разводимости); безопасность (число зарегистрированных преступлений).

В XXI веке наблюдаются беспрецедентные глобальные демографические перемены, связанные с увеличением продолжительности жизни по всему миру, и старение населения занимает в них центральное место. Вместе с тем, до сих пор не существует какого-либо международного эталона, который бы демонстрировал, насколько благоприятны условия жизни для пожилых людей в тех или иных странах, так как сопоставимые на международном уровне данные об их положении по-прежнему ограничены.

Нехватка данных о пожилых людях может систематически исключать их из планов развития и обеспечения государственной политики. Кроме того, постоянное исключение старения из национальной и глобальной повестки является одним из самых больших препятствий для удовлетворения потребностей стареющего населения в мире. Исследование может способствовать привлечению внимания к роли пожилых людей в общественной, экономической, культурной и духовной жизни общества. Цель исследования – охватить многоаспектный характер качества жизни и благополучия пожилых людей и обеспечить средства, позволяющие оценить исполнение и способствовать улучшению.

Авторы исследования подчеркивают, что в случае России быстрый экономический рост оказал слабое влияние на улучшение благосостояния пожилого населения. Число пенсионеров в стране увеличивается на 700 тысяч ежегодно и составляет более 30 миллионов, а в 2020 году достигнет 50 миллионов. Вместе с тем, российское правительство уже сейчас не в состоянии обеспечить достойную старость основной массе людей преклонного возраста. Средний размер пенсий в стране составляет немногим более \$ 300, при этом продукты первой необходимости и постоянно растущие коммунальные расходы забирают значительную часть доходов.

Перспектива неминуемой старости мало кого радует. Однако пожилой возраст – это естественный период жизни, такой же, как и молодость или зрелость. Но в современном обществе сложился стереотип, что старчество всегда сопровождается тяжелыми болезнями, одиночеством, бессилием и ожиданием смерти. Но, как известно, наша жизнь, здоровье и благополучие близких во многом зависят от нас самих. Самыми распространенными психологическими нарушениями, которыми страдают люди пожилого возраста, являются страхи и фобии.

Как повысить качество жизни пожилых?

Конечные результаты Комплексной региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста на территории Красноярского края» на 2011–2013 годы: повышение качества и уровня жизни пожилых людей в крае за счет своевременного предоставления мер социальной поддержки и оказания материальной помощи; своевременное и качественное предоставление услуг по социальному обслуживанию гражданам пожилого возраста, а также повышение доступности, мобильности и оперативности социального обслуживания с учетом территориальных особенностей края; достижение 80-процентного охвата специализированной медицинской помощью больных с сосудистыми заболеваниями; обеспечение физической и пожарной безопасности граждан пожилого возраста, проживающих в учреждениях социального обслуживания, приведение жилых и хозяйственных помещений учреждений социального обслуживания, имеющих в структуре стационарные отделения, в соответствие с требованиями санитарно-эпидемиологических и пожарных норм и правил; ввод в 2012 году в эксплуатацию

54-квартирного жилого дома для граждан пожилого возраста, нуждающихся в улучшении жилищных условий; открытие 30 компьютерных классов с целью обучения пожилых людей основам компьютерной грамотности; приобретение спецавтотранспорта, в том числе для перевозки лиц с ограниченными физическими возможностями (приобретение специальных автомобилей), реализация инновационного проекта «Мобильная социальная помощь» (приобретение 4 автомобилей), совершенствование службы «Социальное такси» (приобретение 2 автомобилей); улучшение качества жизни пожилых людей за счет обеспечения техническими средствами реабилитации и организации работы ателье проката; создание доступа к объектам социальной инфраструктуры за счет строительства пандусов в 7 учреждениях здравоохранения, культуры, социального обслуживания края; обеспечение 33 учреждений социального обслуживания края современным реабилитационным оборудованием; курсы повышения квалификации и тематические семинары для руководителей и специалистов органов социальной защиты населения муниципальных районов и городских округов края, руководителей и специалистов краевых государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания посетят до 1 428 человек.

Социально-экономическая эффективность Программы заключается: в улучшении условий жизни пожилых людей и повышении ее качества путем оказания различных видов помощи, адресных выплат, определенных программными мероприятиями; в усилении активности общественных ветеранских организаций и повышении роли граждан старшего поколения в общественной жизни.

Учебное издание

Гончарова Галина Николаевна

Жарова Алла Викторовна

**СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ:
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ**

Учебное пособие

Редактор *Л. М. Буторина*
Оригинал-макет и верстка *Л. В. Звонаревой*

Подписано в печать 12.02.2018. Формат 60×84/16. Бумага офисная.
Печать плоская. Усл. печ. л. 9,1. Уч.-изд. л. 10,0. Тираж 100 экз.
Заказ . С 43/18.

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 24.49.04.953.П.000032.01.03 от 29.01.2003 г.

Редакционно-издательский отдел СибГУ им. М. Ф. Решетнева.
Отпечатано в редакционно-издательском центре
СибГУ им. М. Ф. Решетнева.
660037, г. Красноярск, просп. им. газ. «Красноярский рабочий», 31.