**А.Н. Ильницкий, О.Н. Старцева, В.Н. Астапенко,**

**К.И. Прощаев, И.С. Носкова**

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА КАК СРЕДСТВО РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

**ВВЕДЕНИЕ**

Прогрессирующее постарение населения характерно для общемировых демографических процессов. Глобальной стратегической линией Всемирной организации здравоохранения в области старения на ближайший (2016-2020г.г.) и отдаленный (2020-2030г.г.) периоды является разработка плана действий в отношении пожилых людей. Экспертами Всемирной организации здравоохранения предлагается рассматривать возникающие с возрастом проблемы пожилых людей как континуум функционирования и разрабатывать всесторонние меры с учетом понятия функциональной способности. При этом важными направлениями являются изучение индивидуальной жизнеспособности пожилых людей, их потребностей, предоставление комплексной медицинской или долгосрочной помощи, создание учитывающей возрастные особенности среды жизнедеятельности, приводящих к повышению функциональной способности пожилых людей[[1]](#footnote-2).

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

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

В настоящее время система стационарного социального обслуживания представлена домами-интернатами различного профиля: домами-интернатами общего типа, психоневрологическими домами-интернатами, домами милосердия.

Опыт по стационарному социальному обслуживанию в домах-интернатах разного типа отражен в работах Васильчикова В.М., 2002, 2004; Дементьевой Н.Ф., Касаткиной В.В., 2002; Максимовой Н.Е., 2006; Катюхина В.Н., Дементьевой Н.Ф., 2010; Холостовой Е.И., 2010 и др.

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

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

**1. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

**Синдром старческой астении**

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

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

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

Изучению концепции старческой астении и связанных с ней гериатрических синдромов посвящены многие работы отечественных и зарубежных ученых. По мнению исследователей, к старческой астении способны приводить около 65 гериатрических синдромов. Наиболее распространенными и простыми для выявления в пожилом возрасте являются такие состояния, как нарушение скорости передвижения, потеря веса, доказанное динамометрически снижение силы кисти, выраженная слабость и повышенная утомляемость, значительное снижение физической активности. По данным авторов, сочетание трех и более указанных симптомов позволяет говорить о развитии старческой астении, а один или два симптома говорят о наличии старческой преастении.

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

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

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

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

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

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

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

**Гериатрический осмотр**

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

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

Оценка параметров устойчивости проводится по сумме всех баллов: сумма от 0 до 10 баллов - значительная степень нарушений устойчивости, от 11 до 20 баллов – умеренная степень, 21 - 22 – балла - легкие нарушения устойчивости, 23 балла и выше – отсутствие нарушений устойчивости.

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

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

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

Вопросы первой части опросника Mini nutritional assessment (MNA) позволяют оценить риск развития и степень нарушения питания (недостаток или избыток) у пожилого человека. При этом в баллах оцениваются следующие параметры: состояние аппетита (от 0 до 2 баллов), динамика массы тела на протяжении месяца (от 0 до 3 баллов), наличие стрессов (0-1 балл), наличие психологических проблем (деменции или депрессии) и мобильности пациента (от 0 до 2 баллов). При суммировании баллов по данным показателям значение менее 11 баллов говорит о риске развития синдрома мальнутриции, 12 и более баллов означает нормальное значение.

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

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

Синдром мальнутриции определяется при общей сумме 17 баллов и меньше, 18 - 23,5 балла свидетельствует о риске развития синдрома мальнутриции, 24 балла и больше означает нормальный показатель питания.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Оценка параметров проводится в баллах от 0 до 20, в зависимости от показателя. Затем определяется общая сумма баллов. Суммарный балл 0 до 20 говорит о полной зависимости пациента от посторонней помощи, от 21 до 60 баллов – о выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов – об умеренной зависимости, от 91 до 99 – о легкой зависимости, 100 баллов - о его полной независимости в повседневной жизни.

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

**2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СРЕДА**

**В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

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

**Клинико-реабилитационные гериатрические группы**

1. Активные пациенты с отсутствием или легкими нарушениями гериатрического статуса.

2. Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса:

2.1. Пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом.

2.2. Пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями.

3. Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса:

3.1. Пациенты с умеренным/тяжелым когнитивным дефицитом или умеренными/тяжелыми двигательными нарушениями.

3.2. Терминальная стадия старческой астении.

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

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

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

**Мероприятия терапевтической среды**

**в стационарном учреждении социального обслуживания**

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

**Базовые мероприятия терапевтической среды**

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

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

***Интерьерный и экстерьерный компоненты среды***

 **Цель.** Социотерапевтическое воздействие окружающей среды на личность пожилого человека.

**Содержание.** Важное значение при формировании окружающей среды играет эстетическое оформление всех помещений (холлов, коридоров и комнат), использование современных дизайнерских решений, безопасных строительных материалов. В жилых комнатах рекомендуется создание максимального уюта, обеспечение комфортного температурного режима, оснащение удобной мебелью, адаптированной к нуждам пожилых людей и инвалидов, индивидуальное освещение, использование элементов домашней обстановки (картины, фотографии, предметы домашнего интерьера, разнообразие комнатных растений).

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

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

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

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

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

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

В целях расширения коммуникативных возможностей необходимо обеспечить пожилых людей книгами, журналами, газетами, настольными играми; целесообразна организация местной радиосвязи, выпуск ежемесячной газеты, буклетов, памяток, брошюр, создание видеофильмов о работе учреждения, функционирование сайта учреждения, также предоставить возможность пользоваться современными информационными технологиями (стационарным и мобильным телефоном, компьютером, Интернетом).

***Социально-медицинские мероприятия***

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

**Содержание.** Социально-медицинский компонент терапевтической среды должен включать средства и методы медико-социальной реабилитации, направленные на коррекцию ведущих гериатрических синдромов.

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

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

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

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

***Психолого – педагогические мероприятия***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Для улучшения психоэмоционального состояния пожилых людей следует вовлекать их в активную досуговую деятельность, включающую развлекательно-образовательные и оздоровительные формы: концерты, праздники, выставки, конкурсы, физкультурные турниры, интеллектуальные игры, викторины, просмотр фильмов, экскурсии, организовать различные формы досуга с добровольностью в их выборе (кружки, любительские объединения, клубы по интересам).

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

**Специальные мероприятия терапевтической среды для**

**клинико-реабилитационных гериатрических групп**

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

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

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

***Терапевтическая среда для активных пациентов***

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

**Цель.** Поддержание здоровья и продление активного долголетия («health promotion»).

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

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

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

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

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

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

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

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

***Терапевтическая среда для пациентов с умеренными нарушениями гериатрического статуса***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы:

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

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

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

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

***Терапевтическая среда для пациентов с ведущим умеренным когнитивным дефицитом***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Терапевтическая среда для пациентов с ведущими умеренными двигательными нарушениями***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

***Терапевтическая среда для пациентов с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы:

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

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

- пациенты с терминальной стадией старческой астении.

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

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

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

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

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

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

На общее состояние этих пациентов влияет психическая активность. Для поддержания возможного качества жизни необходимо проводить мероприятия по организации психологической поддержки в процессе ухода, в том числе обеспечить возможность сопровождения пациентов на прогулки.

В терминальной стадии старческой астении гериатрический уход направлен на поддержание витальных функций пациентов с использованием арсенала вспомогательных и реабилитационных средств.

Таким образом, терапевтическая среда для третьей клинико-реабилитационной гериатрической группы включает мероприятия по гериатрическому уходу с целью поддержания жизнедеятельности пациентов старших возрастных групп.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

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

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

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

Таким образом, концепция терапевтической среды позволяет повысить эффективность реабилитационных мероприятий, улучшить качество геронтологической помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания, поддержать и повысить функциональную способность пожилых людей.

|  |
| --- |
| **Базовые мероприятия терапевтической среды для пациентов старших возрастных групп** |
| **Интерьерный и экстерьерный компоненты среды** | **Социально-медицинские мероприятия** | **Психолого-педагогические мероприятия** |
| Компенсация двигательных нарушений и профилактика синдрома падений | Уменьшение риска синдрома мальнутриции | Уменьшение когнитивного дефицита  | Улучшение морального статуса | Уменьшение степени зависимости отпосторонней помощи |
| Использование компенсирующих устройств и средств реабилитации | Адекватный питьевой режим и питание  | Психокоррекционные мероприятия | Адаптаци-онно-психологи-ческие мероприя-тия | Обучение самообслужи-ванию |
| **Гериатрический осмотр** |
| **1 группа** Активные пациенты | **2 группа** Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса | **3 группа** Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса |
| Мероприятия для продления активного долголетия«health promotion» | 2.1. Умеренный когнитивный дефицит | 2.2.Умеренные двигательные нарушения | 3.1.Умеренный/тяжелый когнитивный дефицит или умеренные/тяжелые двигательные нарушения | 3.2.Терминальная старческая астения |
| Когнитивнаяреабилитация | Двигательная реабилитация | Гериатрический уход |

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

**СПИСОК**

**ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Доклад Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека [Электронный ресурс] // Основная сессия 2012 года. - Женева, 23−27 июля 2012 года. – Режим доступа: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/wg5/Other-documents/E-2012-51-r.pdf>. Дата обращения 18.11.2014.
2. Ильницкий, А.Н. Пожилой человек и социальная служба: методические рекомендации /А.Н. Ильницкий, И.В. Архипов, К.И. Прощаев. – Москва, 2014. – 79с.
3. Ильницкий, А.Н. Специализированный гериатрический осмотр / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. – 2012. - № 4-5. – С. 66-84.
4. Ильницкий, А.Н. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтология. – 2013. – Т.1, № 1. - С. 408-412.
5. Кабанов, М.М. Реабилитация психически больных / М.М. Кабанов. – 2 изд. Л., Медицина. - 1985.- 216 с.
6. Катюхин, В.Н. Дома-интернаты / В.Н. Катюхин, Н.Ф. Дементьева. – Санкт-Петербург: Айсинг, 2010. – 264 с.
7. Котельников, Г.П. Геронтология и гериатрия: учебник / Г.П. Котельников, О.Г. Яковлев, Н.О. Захарова. – Москва, Самара: Самар. Дом печати, 1997. – 800 с.
8. Левинсон, А. Старость как институт [Электронный ресурс] / А. Левинсон. – Режим доступа: <http://www.strana-oz.ru/2005/3/starost-kak-institut>. Дата обращения: 18.11.2014.
9. Милиотерапия как система создания качественной среды жизнедеятельности для пожилых людей, проживающих в условиях стационарного учреждения социального обслуживания общего типа: методическое пособие / под ред. Н.В. Клюевой, В.В. Волкова, О.Н. Старцевой. – Ярославль, 2014. – 60 с.
10. Писарев, А.В. Образ пожилых в современной России/ А.В. Писарев // Социологические исследования. – 2004. – №4. – С. 51-56.
11. Социальное самочувствие пожилых людей в регионе / под ред. Н.М. Байкова, Л.В. Кашириной. – Хабаровск: ДВАГС, 2012. – 186 с.
12. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов / под ред. К.И. Прощаева [и др.]. – Москва; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. – 172 с.
13. Avorn, J. Induced disability in nursing home patients: A controlled trial / J.Avorn, E. Langer // Journal of the American Geriatrics Society. - 1982. - №20. - Р. 297–300.
14. Butler, R.N. Ageism: Another form of bigotry / R.N. Butler // The Gerontologist, – 1969. – Vol. 9. – Р. 243-246.
15. Giles, H. Talking age and aging talk: Communicating through the life span / H. Giles, S. Fox, J. Harwood, A. Williams // In Interpersonal communication in older adulthood: Interdisciplinary theory and research / M. Hummert, J. Wiemann, J. Nussbaum (Eds.) - New York: Sage, 1994. - Р. 130 – 161.
16. Nelson, T.D. Ageism: Prejudice against our feared future self / T.D. Nelson // Journal of Social Issues. – 2005. – Vol. 61. N 2. – P. 207-221.
17. Traxler, A.J. Let’s Get Gerontologized: Developing a Sensitivity to Aging The Multi-Purpose Senior Care Concept: A Training Manual for Practitioners Working With the Ageing / A.J. Traxler. - Springfield, IL: Illinois Department of Aging, 1980.

**ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ГЛОССАРИЙ**

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

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

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

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

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

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

*Долгожитель* – человек в возрасте 90 и более лет.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Теломера* – концевой участок хромосомы, длина которого характеризует предрасположенность человека к хроническим заболеваниям сердечно-сосудистой системы, которые сокращают продолжительность жизни.

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

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

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

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

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

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

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

*Приложение*

**КАРТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОСМОТРА**

***Информированное добровольное согласие пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Возраст** (количество полных лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Лечение** - медикаментозное

 - немедикаментозное

1. **Параметры устойчивости**: от 0 до 2 баллов,

 0 баллов – грубое нарушение

1 балл – умеренное нарушение

2 балла – норма (нет нарушения)

- общая устойчивость сидя

- при попытке встать

- сразу после вставания

- длительность стояния в течение 1 минуты

- при вставании из положения лежа

- устойчивость при толчке в грудь

- при стоянии с закрытыми глазами

- при переступании при повороте 360 градусов

- устойчивость при повороте 360 градусов

- при стоянии на правой ноге 5 секунд

- при стоянии на левой ноге 5 секунд

- при наклонах назад

- при дотягивании вверх

- при наклонах вниз

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

- при присаживании на стул

|  |
| --- |
|  |

**Общая сумма баллов -**

1. **Параметры ходьбы**: от 0 до 2 баллов,

0 баллов – грубое нарушение

1 балл – умеренное нарушение

2 балла – норма (нет нарушения)

- начало движения

- симметричность шага

- непрерывность ходьбы

- длина шага (левая нога)

- длина шага (правая нога)

- отклонение от линии движения

- степень покачивания туловища

- повороты при ходьбе

- произвольное увеличение скорости ходьбы

- высота шага (левая нога)

- высота шага (правая нога)

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

|  |
| --- |
|  |

**Общая сумма**

**баллов -**

**6. Нарушение общей двигательной активности:**

**Общая сумма параметров устойчивости и параметров ходьбы –**

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

|  |
| --- |
|  |

**7. Риск развития синдрома мальнутриции часть 1:**

- **утрата аппетита на протяжении последних трех месяцев**

0 баллов – выраженная утрата аппетита

1 балл – умеренное снижение аппетита

2 балла – норма (нет снижения аппетита)

- **снижение массы тела на протяжении месяца**

0 баллов – более 2 кг

1 балл – не знаю

2 балла – 1 до 2 кг

3 балла - нет снижения

 - **мобильность**

0 баллов – прикован к постели

1 балл – передвижение в комнате

2 балла – нет ограничений в передвижении

- **психологические стрессы на протяжении последних трех месяцев**

0 баллов – наличие стресса

1 балл – отсутствие стресса

 - **психологические проблемы (деменция**)

0 баллов – тяжелая депрессия, деменция

1 балл – умеренная депрессия

2 балла – отсутствие проблем

- **ИМТ (вес**)

0 баллов – меньше 19

1 балл – 19-21

2 балла – 21-23

3 балла – больше 23

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Менее 11 баллов | Риск мальнутриции |
| 12 баллов | Норма |

**Сумма баллов**

**Часть 1 -**

**8. Риск развития синдрома мальнутриции часть 2:**

- **проживание дома**

0 баллов - нет

1 балл – да

- **прием свыше 3 препаратов ежедневно**

0 баллов – да

1 балл – нет

- **наличие пролежней**

0 баллов – да

1 балл – нет

- **количество основных блюд**

0 баллов – 1 блюдо

1 балл – 2 блюда

2 балла – 3 блюда

- **употребление белков**

0 баллов – до одного раза в день

0,5 балла – 2 раза в день

1 балл – 3 раза в день

- **употребление овощей и фруктов**

0 баллов – нет

1 балл – да

- **прием жидкостей**

0 баллов – менее трех стаканов

0,5 балла – 3-5- стаканов

1 балл – более 5 стаканов

- **самостоятельность при приеме пищи**

0 баллов – с посторонней помощью

1 балл – самостоятельно, но с трудом

2 балла – полностью самостоятельно

- **собственная оценка питания**

0 баллов – имеются проблемы

 1 балл – недостаточный прием

 2 балла – нет проблем питания

- **собственная оценка здоровья**

0 баллов– плохое

0,5 балла – не знаю

1 балл – хорошее

2 балла – отличное

- **средний диаметр живота**

0 баллов – менее 21 см

0,5 балла – 21-22 см

1 балл – более 22 см

- **средний диаметр бедер**

0 баллов – менее 31 см

1 балл – более 31 см

|  |  |
| --- | --- |
| Менее 16 баллов | Риск мальнутриции |
| от 16 баллов  | Норма |

|  |
| --- |
|  |

**Сумма баллов**

**Часть 2**

**9. Общая сумма баллов – Часть 1 и Часть 2 -**

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

|  |
| --- |
|  |

**10. Когнитивные способности:**

- **ориентация (время**) назвать дату – до 5 баллов

- **ориентация (место**) назвать местонахождение – до 5 баллов

- **восприятие** запоминание трех слов и их воспроизведение – до 3 баллов

- **внимание и счет** вычесть из 100 число 7, затем из остатка вычесть 7 и так 5 раз – до 5 баллов

- **память** припомнить три слова из задания на восприятие – до 3 баллов

- **назвать два предмета –** до 3 баллов

- **повторить выражение**: «никаких если, но или нет» - до 3 баллов

- **трехэтапная моторная команда** – до 3 баллов

- **прочесть и выполнить задание, написанное на бумаге «закройте глаза» -** 1 балл

- **написать предложение –** 1 балл

- **срисовать рисунок** – 1 балл

 **Общая сумма баллов**

|  |
| --- |
|  |

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

**11. Моральное состояние:**

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

- в течение года у меня значительно ухудшилось состояние

- не могу спать

- у меня есть боязнь многих вещей

- приходится расставаться со многими привычными вещами

- у меня возникает много проблем

- с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности

- мне становится все сложнее приспосабливаться к жизни с возрастом

- у меня постоянное чувство одиночества

- все сложнее приспосабливаться к новой жизни

- Вы удовлетворены своим нынешним состоянием?

- по мере увеличения возраста мое состояние все хуже, чем ожидал(а)

- я менее счастлив, чем в молодости

- чувствуете ли Вы себя одиноким?

- я могу встречаться с большим числом друзей и родственников

- иногда посещает мысль, что так незачем жить

- жить становится все тяжелее и тяжелее

- у меня много причин для плохого настроения

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

|  |
| --- |
|  |

**Общая сумма**

 **баллов -**

**12. Уровень независимости в повседневной жизни:**

- **прием пищи:** не нуждаюсь в помощи, самостоятельно пользуюсь всеми необходимыми столовыми приборами – 10 баллов

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

полностью зависим от окружающих – 0 баллов

- **персональный гигиенический туалет** (умывание, причесывание и т.д.): самостоятельное умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье – 10 баллов

не нуждаюсь в помощи – 5 баллов

нуждаюсь в помощи – 0 баллов

- **одевание:** не нуждаюсь в посторонней помощи – 10 баллов

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

постоянно нуждаюсь в помощи – 0 баллов

- **контроль тазовых функций** (мочеиспускание, дефекация):

не нуждаюсь в посторонней помощи – 20 баллов

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

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

- **прием ванны:** принимаю ванну без посторонней помощи – 10 баллов

 частично нуждаюсь в помощи – 5 баллов

нуждаюсь в посторонней помощи – 0 баллов

- **вставание с постели:** не нуждаюсь в помощи – 15 баллов

нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке – 10 баллов

могу сесть в постели, но нужна поддержка – 5 баллов

не способен встать в постели – 0 баллов

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

могу передвигаться с посторонней помощью до 500 м – 10 баллов

могу передвигаться на инвалидной коляске – 5 баллов

не способен к передвижению – 0 баллов

- **подъем по лестнице:** не нуждаюсь в помощи – 10 баллов

нуждаюсь в поддержке – 5 баллов

не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой – 0 баллов

|  |
| --- |
|  |

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

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] // Официальный сайт. – Режим доступа: http://www.who.int/ageing/ru. Дата обращения: 11.11.2015. [↑](#footnote-ref-2)