

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи



Всемирная организация здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи



Всемирная организация здравоохранения

ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ (ICOPER) МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи

WHO/FWC/ALC/19.1

© Всемирная организация здравоохранения, 2019

Некоторые права защищены. Настоящая публикация распространяется на условиях лицензии Creative Commons 3.0 IGO «С указанием авторства – Некоммерческая – Распространение на тех же условиях» (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Лицензией допускается копирование, распространение и адаптация публикации в некоммерческих целях с указанием библиографической ссылки согласно нижеприведенному образцу. Никакое использование публикации не означает одобрения ВОЗ какой-либо организации, товара или услуги. Использование логотипа ВОЗ не допускается. Распространение адаптированных вариантов публикации допускается на условиях указанной или эквивалентной лицензии Creative Commons. При переводе публикации на другие языки приводится библиографическая ссылка согласно нижеприведенному образцу и следующая оговорка: «Настоящий перевод не был выполнен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ не несет ответственности за его содержание и точность. Аутентичным подлинным текстом является оригинальное издание на английском языке».

Урегулирование споров, связанных с условиями лицензии, производится в соответствии с согласительным регламентом Всемирной организации интеллектуальной собственности.

Образец библиографической ссылки: Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPER), методическое пособие: рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019 (WHO/FWC/ALC/19.1). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Данные каталогизации перед публикацией (CIP).

Данные CIP доступны по ссылке: <http://apps.who.int/iris/>.

Приобретение, авторские права и лицензирование. По вопросам приобретения публикаций ВОЗ см. <http://apps.who.int/bookorders>. По вопросам оформления заявок на коммерческое использование и направления запросов, касающихся права пользования и лицензирования, см. <http://www.who.int/about/licensing/>.

Материалы третьих сторон. Пользователь, желающий использовать в своих целях содержащиеся в настоящей публикации материалы, принадлежащие третьим сторонам, например таблицы, рисунки или изображения, должен установить, требуется ли для этого разрешение обладателя авторского права, и при необходимости получить такое разрешение. Ответственность за нарушение прав на содержащиеся в публикации материалы третьих сторон несет пользователь.

Оговорки общего характера. Используемые в настоящей публикации обозначения и приводимые в ней материалы не означают выражения мнения ВОЗ относительно правового статуса любой страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации границ. Штрихпунктирные линии на картах обозначают приблизительные границы, которые могут быть не полностью согласованы.

Упоминание определенных компаний или продукции определенных производителей не означает, что они одобрены или рекомендованы ВОЗ в отличие от аналогичных компаний или продукции, не названных в тексте. Названия патентованных изделий, исключая ошибки и пропуски в тексте, выделяются начальными прописными буквами.

ВОЗ приняты все разумные меры для проверки точности информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако данные материалы публикуются без каких-либо прямых или косвенных гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование материалов несет пользователь. ВОЗ не несет никакой ответственности за ущерб, связанный с использованием материалов.

Дизайн и макет Erica Lefstad.

Отпечатано в Швейцарии.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	iv
Сокращения	v
1. Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPE)	1
2. Оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности на пути к здоровому старению для всех	5
3. Оценка потребностей пожилых людей и разработка индивидуализированного плана ухода	9
4. Схемы организации ухода при снижении когнитивных способностей	19
5. Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности	25
6. Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания	33
7. Схемы организации ухода при ухудшении зрения	41
8. Схемы организации ухода при потере слуха	51
9. Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов	59
10. Схемы организации ухода, направленные на оказание социальной помощи и поддержки	67
11. Схемы организации помощи лицам, осуществляющим уход	75
12. Разработка индивидуализированного плана ухода	78
13. Каким образом системы медицинской и долгосрочной помощи могут содействовать реализации концепции ICOPE	81
Библиография	86

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

В основу данного руководства легла работа многих людей во всем мире, посвятивших себя делу помощи и поддержки пожилым людям. Подготовка данного руководства проводилась силами Айлен Араужо де Карвальо и Юка Суми, сотрудников Департамента по проблемам старения и жизненного цикла Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В состав рабочей группы, ведающей написанием руководства и разработкой схем организации ухода, входили Айлен Араужо де Карвальо, Джон Бирд, Юка Суми, Эндрю Бриггс (Куртинский университет, Австралия) и Финбарр Мартин (Королевский колледж Лондона, Соединенное Королевство). Написанием итоговой версии текста ведали представители компании Jura Editorial Services Сара Джонсон и Уорд Райнхарт.

Многие другие сотрудники ВОЗ из региональных бюро и ряда департаментов внесли вклад как в подготовку конкретных разделов, имеющих отношение к их областям работы, так и в разработку схем организации ухода. Шелли Чадха (Департамент ВОЗ по ведению неинфекционных заболеваний и предупреждению инвалидности, насилия и травматизма), Нерха Чаухари (Департамент психического здоровья и токсикомании ВОЗ), Тарун Дуа (Департамент психического здоровья и токсикомании ВОЗ), Мария де Лас-Нивес Гарсия Касал (Департамент ВОЗ по вопросам питания), Зее А Хань (Департамент ВОЗ по ведению неинфекционных заболеваний и предупреждению инвалидности, насилия и травматизма), Дина Джавади (Альянс по исследованиям в области политики и систем здравоохранения), Сильвио Паоло Мариотти (Департамент ВОЗ по ведению неинфекционных заболеваний и предупреждению инвалидности, насилия и травматизма), Аларкос Чеса (Департамент ВОЗ по ведению неинфекционных заболеваний и предупреждению инвалидности, насилия и травматизма), Алана Маргарет Офисер (Департамент ВОЗ по проблемам старения и жизненного цикла), Хуан Пабло Пенья-Росас (Департамент ВОЗ по вопросам питания), Тайво Адедамола Ойеладе (Кластер по вопросам семьи и репродуктивного

здоровья, Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), Рамез Махайни (Репродуктивное и материнское здоровье, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья), Карен Рейес Кастро (Департамент ВОЗ по ведению неинфекционных заболеваний и предупреждению инвалидности, насилия и травматизма), Энрике Вега Гарсия (Здоровая жизнь, Панамериканская Организация Здравоохранения/ВОЗ).

Ряд специалистов и ученых, авторству которых принадлежат отдельные главы, внесли весомый вклад в настоящее руководство: Маттео Сезари (Фонд IRCCS Ca'Granda – Больница Ospedale Maggiore Policlinico, Италия), Джилл КиFFE (Сотрудничающий центр ВОЗ по профилактике слепоты, Индия), Эльза Дент (Университет Квинсленда, Австралия), Наоки Кондо (Университет Токио, Япония), Аруни Лайтерапонг (Университет Чулалонгкорна, Таиланд), Мигель Искьердо (Государственный университет Наварры, Испания) Питер Ллойд-Шерлок (Университет Восточной Англии, Соединенное Королевство), Луис Мигель Гутьерес Робledo (Национальный институт здравоохранения, Мексика), Кэтрин МакМаон (Университет Маккуори, Австралия), Сера Ндегва (Университет Найроби, Кения), Хироши Огава (Ниигатский университет, Япония), Элен Пайетт (Университет Шербрука, Канада), Ян Филп (Университет Стирлинга, Соединенное Королевство), Леокадио Родригес-Маньяс (Университетская больница Хетафе, Испания), Джон Старр (Эдинбургский университет, Соединенное Королевство), Келли Тремблей (Университет Вашингтона, Соединенные Штаты Америки), Майкл Валенсуэла (Сиднейский университет, Австралия), Бруно Велас (Сотрудничающий центр ВОЗ по проблемам немощности, клиническим исследованиям и обучению в сфере гериатрии, больница университета Тулузы, исследовательский центр Gérontorôle, Франция), Марджолейн Виссер (Амстердамский свободный университет, Амстердам, Нидерланды), Кристина Зданис (Университет штата Коннектикут, Соединенные Штаты Америки), а также сотрудничающие центры ВОЗ по проблемам немощности, клиническим исследованиям и обучению в сфере гериатрии

(больница университета Тулузы, исследовательский центр Gérontorôle, Франция), а также по общественно значимым аспектам заболеваний опорно-двигательного аппарата и старения (Льежский университет, Бельгия).

Национальный совет по здоровью и медицинским исследованиям Австралии, Глобальный альянс по изучению заболеваний опорно-двигательного аппарата и университет Чулалонгкорна в Таиланде содействовали в разработке содержания этого руководства, привлекая к работе своих сотрудников, а также проводя совещания экспертов.


Дополнительным вкладом в данное руководство стали выступления участников на ежегодном заседании Клинического консорциума ВОЗ по вопросам здорового старения в декабре 2018 г.


Департамент ВОЗ по проблемам старения и жизненного цикла выражает признательность правительству Японии, правительству Германии и правительству префектуры Канагава в Японии за финансовую поддержку.

Редактура Green Ink.

СОКРАЩЕНИЯ

ICOPE	Концепция оказания комплексной помощи пожилым людям
mAgeing	Инициатива ВОЗ по разработке мобильного приложения для пожилых людей
mhGAP	Руководство ВОЗ в отношении комплекса основных мероприятий по психическому здоровью
MNA	Краткая оценка статуса питания
SPPB	Краткая батарея тестов физического функционирования
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИМТ	Индекс массы тела
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ЦУР	Цели в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций
★	Обозначает, что для оказания помощи требуются специальные познания и навыки



I C  P E

1

ОКАЗАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ (ICORE)

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- ✓ В системах здравоохранения ключевым элементом поддержки здорового старения для всех является оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности людей, даже по мере того как старение приводит к постепенному снижению физических возможностей человека.
- ✓ Возникновение зависимости от посторонней помощи можно предотвратить при условии своевременной диагностики и ведения важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности.
- ✓ С тем чтобы замедлить или обратить вспять такое снижение, работники первичного звена здравоохранения и работники социальной сферы на уровне местных сообществ могут вести работу по выявлению пожилых людей со снижением физических возможностей, а также по организации ухода надлежащего уровня. Данный подход является простым и малозатратным.
- ✓ Расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности, взаимосвязаны и требуют комплексного подхода, ориентированного на потребности людей.

Во Всемирном докладе о старении и здоровье, 2015 г. цель здорового старения определяется как содействие людям в развитии и поддержании функциональной способности, обеспечивающей благополучие. Функциональная способность определяется как «связанные со здоровьем характеристики, которые позволяют людям существовать и делать то, что они считают значимым для них». Функциональная способность включает в себя индивидуальную жизнеспособность человека, его окружающую среду и взаимодействие между ними. Индивидуальная жизнеспособность – это «совокупность всех физических и психических способностей человека.» (1)

При таком понимании здорового старения рисуется картина новых приоритетов в сфере здравоохранения для пожилых людей: оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности людей по мере их старения.

В октябре 2017 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала Рекомендации по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности (2). В этих рекомендациях содержатся научно обоснованные руководящие указания для медицинских и социальных работников, призванные помочь им в разработке и реализации мероприятий, ориентированных на потребности человека, по комплексной помощи пожилым на уровне местных сообществ (ICORE). В основе концепции ICORE лежит представление о том, что оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности – ключевой фактор здорового старения. Данные рекомендации могут служить основой для национальных руководств. Их можно применять для содействия процессу интеграции услуг, направленных на профилактику зависимости от посторонней помощи, в программы первичной помощи, а также в наборы базовых услуг в рамках всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Рекомендации, содержащиеся в настоящем документе, призваны помочь общинным работникам здравоохранения и социальным работникам внедрить рекомендации ICOPE в практику. В них представлены схемы организации ухода, нацеленные на ведение важных расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности: утрату двигательной активности, нарушения питания, нарушения зрения, потерю слуха, снижение когнитивных функций, симптомы депрессии. Отправной точкой в этих схемах является скрининговый тест для выявления тех пожилых людей, которые с наибольшей степенью вероятности уже испытывают утрату индивидуальной жизнеспособности. Работники здравоохранения и социальные работники легко могут проводить такой скрининг в общинах. Это подготовит путь к проведению углубленной оценки состояния здоровья и потребностей пожилых людей в социальной помощи. Такая оценка, в свою очередь, приведет к созданию индивидуализированного плана ухода, который включает стратегии, направленные на обращение вспять, замедление или профилактику дальнейшего снижения физических возможностей, лечение заболеваний и удовлетворение потребностей в социальной помощи. Подобная оценка, ориентированная на потребности людей, и разработка плана лечения, как правило, требуют участия подготовленных медицинских работников в учреждении первичного звена, таких как врачи и медицинские сестры первичной помощи. Однако при снижении индивидуальной жизнеспособности уход зачастую можно осуществлять силами междисциплинарного коллектива на уровне общин, где проживают пожилые люди и лица, осуществляющие уход.

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА КОМПЛЕКСНАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ (ICOPE)?

Доля пожилых людей в населении земного шара высока как никогда. В 2017 г. во всем мире проживало порядка 962 миллионов человек в возрасте 60 лет и старше, что составило 13% населения Земли (3). Этот показатель будет стремительно возрастать в ближайшие десятилетия, в особенности в странах с низким и средним уровнем дохода. К 2050 г. возраст каждого пятого жителя планеты составит 60 лет или старше. Эта тенденция сложилась около 50 лет назад. Она отражает совокупный результат быстрого снижения показателей рождаемости и быстро возрастающих показателей продолжительности жизни во многих странах мира, что часто сопутствует социально-экономическому развитию.

Поддержание здоровья пожилых людей является инвестицией в человеческий и социальный капитал и способствует достижению Целей в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций (ЦУР) (4). В то же время, забота о все возрастающем числе пожилых людей создает сложности для систем здравоохранения. В будущем потребуются изменить соотношение между объемом ресурсов здравоохранения, направляемых на нужды различных возрастных групп. Назрели фундаментальные изменения в подходах системы общественного здравоохранения к старению.

В основе традиционных подходов к охране здоровья пожилых людей лежали представления о расстройствах здоровья, что выдвигало на первый план диагностику и лечение. Внимание к этим заболеваниям по-прежнему остается важным, однако чрезмерный упор на этот аспект приводит к тому, что без внимания остаются такие нарушения индивидуальной

жизнеспособности, сопутствующие старению, как ухудшение слуха, зрения, памяти, снижение двигательной активности и характерная утрата других функций. Выявление и ведение этих нарушений будет содействовать благополучию каждого человека в определенный период жизни. Внимание всей системы здравоохранения к индивидуальной жизнеспособности пожилых людей будет всемерно содействовать благосостоянию большей и все более многочисленной части населения.

Большинство медицинских работников нуждаются в соответствующих рекомендациях и подготовке, с тем чтобы они могли распознавать и эффективно вести случаи снижения индивидуальной жизнеспособности. По мере старения населения все более острой становится необходимость разработки всеобъемлющих подходов на базе общин, которые включают мероприятия по профилактике снижения индивидуальной жизнеспособности, содействию здоровому старению и поддержке лиц, осуществляющих уход за пожилыми людьми. Этой цели служит предлагаемая ВОЗ концепция ICOPE.

КОМУ АДРЕСОВАНЫ НАСТОЯЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ?

В первую очередь данное руководство предназначено для медицинских и социальных работников в общинах, а также работников учреждений первичного звена здравоохранения. Кроме того, руководство адресовано медицинским работникам, чьи специализированные познания будут требоваться по мере необходимости для оценки состояния здоровья и планирования ухода за лицами с потерей индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности.

Помимо этого, извлечь пользу как из описанных здесь принципов, так и из практических подходов смогут специалисты, ведающие разработкой программ подготовки в области лечебного дела, сестринского дела и смежных отраслей медицины и общественного здравоохранения. Другие аудитории включают руководителей учреждений здравоохранения и разработчиков политики, таких как руководители национальных, региональных и окружных программ, ведающие планированием и организацией услуг здравоохранения, учреждения, финансирующие и(или) осуществляющие программы в области общественного здравоохранения, а также неправительственные и благотворительные организации, оказывающие помощь пожилым людям на уровне сообществ.

РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

В ОСНОВУ НАСТОЯЩЕГО РУКОВОДСТВА ПОЛОЖЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

- ✓ Пожилые люди имеют право на максимально возможный уровень здоровья.
- ✓ Пожилые люди должны иметь равные возможности доступа к детерминантам здорового старения независимо от социального или экономического статуса, места рождения или жительства, или других социальных факторов.
- ✓ Оказание помощи должно производиться в равном для всех объеме, без дискриминации, в особенности без дискриминации по гендерному или возрастному признаку.

КАКОВА ЦЕЛЬ ЭТИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ?

Данные рекомендации ставят целью поддержку медицинских и социальных работников на уровне местных сообществ в деле выявления и ведения случаев снижения индивидуальной жизнеспособности на основе Рекомендаций ВОЗ по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности (2), а также всестороннее удовлетворение потребностей пожилых людей в социальной и медицинской помощи.

В данном руководстве описано, каким образом:

- производят целеполагание, ориентированное на потребности человека (Глава 2);
- содействуют сохранению самостоятельности (Глава 2);
- разрабатывают план ухода, который включает ряд мероприятий для ведения расстройств здоровья, связанных с утратой индивидуальной жизнеспособности (Глава 3);
- проводят скрининг утраты индивидуальной жизнеспособности и оценивают потребности в социальной и медицинской помощи (Главы 4–10);
- оказывают поддержку лицам, осуществляющим уход (Глава 11); и
- разрабатывают индивидуализированный план ухода (Глава 12).

ПОДХОД ICORE В КОНТЕКСТЕ

Всеобщий охват населения услугами здравоохранения является основой для достижения ЦУР в области здравоохранения (4). Для достижения ЦУР 3 подход к медицинскому и социальному обслуживанию пожилых людей должен быть комплексным, а помощь – характеризоваться преемственностью в долгосрочной перспективе. В глобальной стратегии и плане действий ВОЗ по старению и здоровью (5) описана роль систем здравоохранения в деле пропаганды здорового старения через посредство оптимизации индивидуальной жизнеспособности. Рекомендации ICORE (2), а также данное руководство содействуют достижению целей данной стратегии.

Кроме того, настоящее руководство является инструментом реализации механизма комплексного медицинского обслуживания, ориентированного на потребности человека (6). В данном механизме содержится призыв вывести на новый уровень способы поставки и предоставления медицинских услуг, перейдя к комплексному подходу, ориентированному на потребности человека. В контексте этого механизма рекомендациями ICORE предлагаются следующие основы оказания помощи пожилым людям:

- оценка **индивидуальных** потребностей, предпочтений и целей;
- разработка индивидуализированного **плана ухода**;
- **координация обслуживания** с упором на основную цель: поддержание индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности, а также оказание помощи в полном объеме, по возможности, на базе первичного звена и местных сообществ.



2

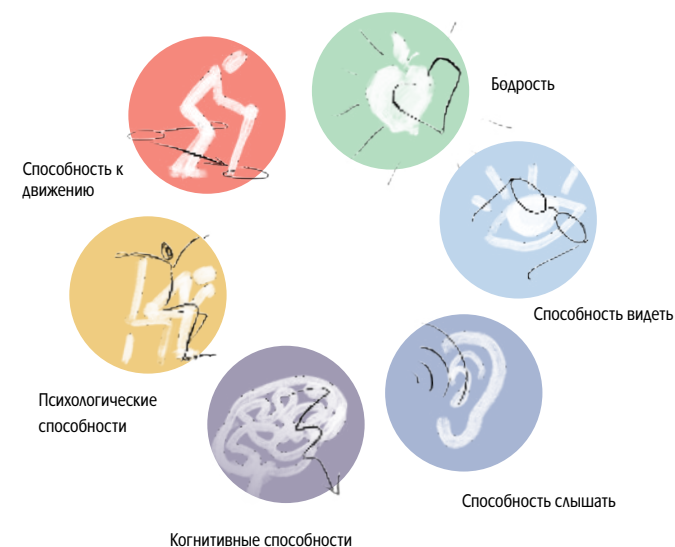
ОПТИМИЗАЦИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ НА ПУТИ К ЗДОРОВОМУ СТАРЕНИЮ ДЛЯ ВСЕХ

Во «Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье» здоровое старение определяется как развитие и поддержание функциональной способности, обеспечивающей благополучие (1).

В данном руководстве сделан акцент на здоровом старении, в связи с чем внимание уделено следующим важным расстройствам здоровья, связанным со снижением индивидуальной жизнеспособности (рисунок 1), потребностям пожилых в социальной помощи и поддержке лиц, осуществляющих уход.

- Снижение когнитивных функций (Глава 4)
- Снижение двигательной активности (Глава 5)
- Нарушения питания (Глава 6)
- Нарушение зрения (Глава 7)
- Потеря слуха (Глава 8)
- Симптомы депрессии (Глава 9)
- Социальная помощь и поддержка (Глава 10)
- Поддержка лиц, осуществляющих уход (Глава 11)

РИС. 1.
КЛЮЧЕВЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ



КАК ИЗМЕНЯЕТСЯ ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ НА ПРОТЯЖЕНИИ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА?

На рисунке 2 приведена типичная динамика индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности после достижения зрелого возраста. Индивидуальная жизнеспособность и функциональная способность приходят в упадок с возрастом в результате процесса старения, а также на фоне протекающих заболеваний. График, отображающий эту типичную динамику, можно разделить на три характерных периода: период относительно высоких и стабильных физических возможностей, период снижения физических возможностей и период значительной утраты физических возможностей, который характеризуется зависимостью от посторонней помощи.

Диапазон отклонений показателя индивидуальной жизнеспособности от средних значений крайне велик. Эти различия очевидны как на уровне отдельно взятых стран, так и в международном масштабе. Они проявляются в неизменных различиях продолжительности жизни, которая составляет от 82 лет и более в таких странах, как Австралия, Япония и Швейцария, до менее 55 лет в таких странах, как Центральноафриканская Республика, Чад и Сомали.

Различия в индивидуальной жизнеспособности куда выше среди людей старшего возраста, нежели в возрастных группах молодых людей. Такое разнообразие является одной из особенностей старения. Один человек может быть старше другого на 10 лет и более и при этом иметь сопоставимую индивидуальную жизнеспособность и(или) функциональную способность. По этой причине хронологический возраст человека слабо связан с состоянием его здоровья.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ

Выявление расстройств здоровья, связанных со снижением индивидуальной жизнеспособности, открывает возможность для принятия мер, направленных на замедление, прекращение или обращение вспять такого снижения (рисунок 2). Медицинские работники в лечебных учреждениях и на уровне местных сообществ могут выявлять характерные расстройства здоровья, которые связаны со снижением индивидуальной жизнеспособности. Регулярная оценка в динамике позволяет отслеживать любые чрезмерные отклонения и предлагать конкретные мероприятия для профилактики утраты функциональной способности.

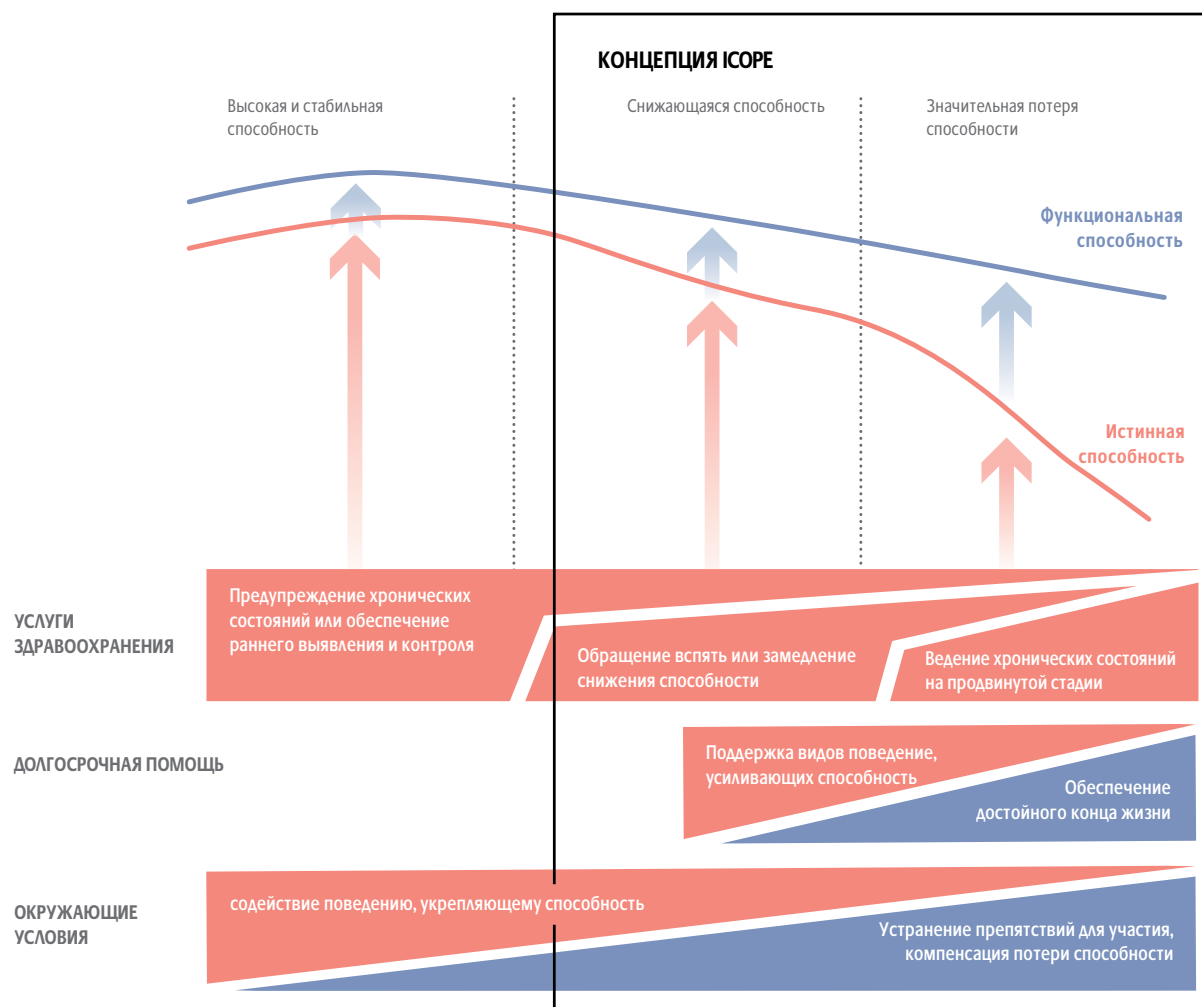
Таким образом, мероприятия, проводимые на базе местных сообществ, могут сохранить людям здоровье и избавить их от потребности в посторонней помощи. Имеются основания полагать, что эффективность комплексных мероприятий выше.



ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ

ВОЗ определяет индивидуальную жизнеспособность как сочетание физических и умственных способностей человека, включая психологические способности. Функциональная способность – это сочетание и взаимодействие индивидуальной жизнеспособности и характеристик среды проживания человека.

РИСУНОК 2. КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ, ПРИНЯТАЯ В СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЙ ПО ОХРАНЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА



Источник: Всемирная организация здравоохранения; 2015 г. (1)

Многие из параметров, определяющих индивидуальную жизнеспособность, поддаются коррекции. К их числу относится связанное со здоровьем поведение, а также наличие заболеваний. Таким образом, имеются веские основания для внедрения эффективных вмешательств с целью оптимизации индивидуальной жизнеспособности. На этих основах зиждется концепция ICF, а также рекомендации, предложенные в данном руководстве.

Различные расстройства здоровья, связанные с утратой индивидуальной жизнеспособности, взаимосвязаны на различных уровнях. Например, потеря слуха сопряжена со снижением когнитивных способностей. Питание дополняет эффекты физической нагрузки и оказывает непосредственное влияние на увеличение мышечной массы и силы. Такой взаимосвязью объясняется необходимость комплексного подхода к скринингу, оценке и ведению случаев снижения индивидуальной жизнеспособности.



3

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПЛАНА УХОДА

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- ✓ Выявление в общинах пожилых людей со значимыми расстройствами здоровья, связанными со снижением индивидуальной жизнеспособности, может производиться при помощи скринингового инструмента комплексной помощи пожилым людям (ICOPe).
- ✓ Выявленные лица с такими расстройствами направляются в учреждение первичного звена здравоохранения для углубленного обследования, на основании которого разрабатывают индивидуализированный план ухода.
- ✓ Данный план ухода может включать комплекс мероприятий для применения в случаях снижения индивидуальной жизнеспособности и для оптимизации функциональной способности, например, физические упражнения, улучшение питания, стимуляция умственной активности и переоборудование жилья с целью профилактики падений.

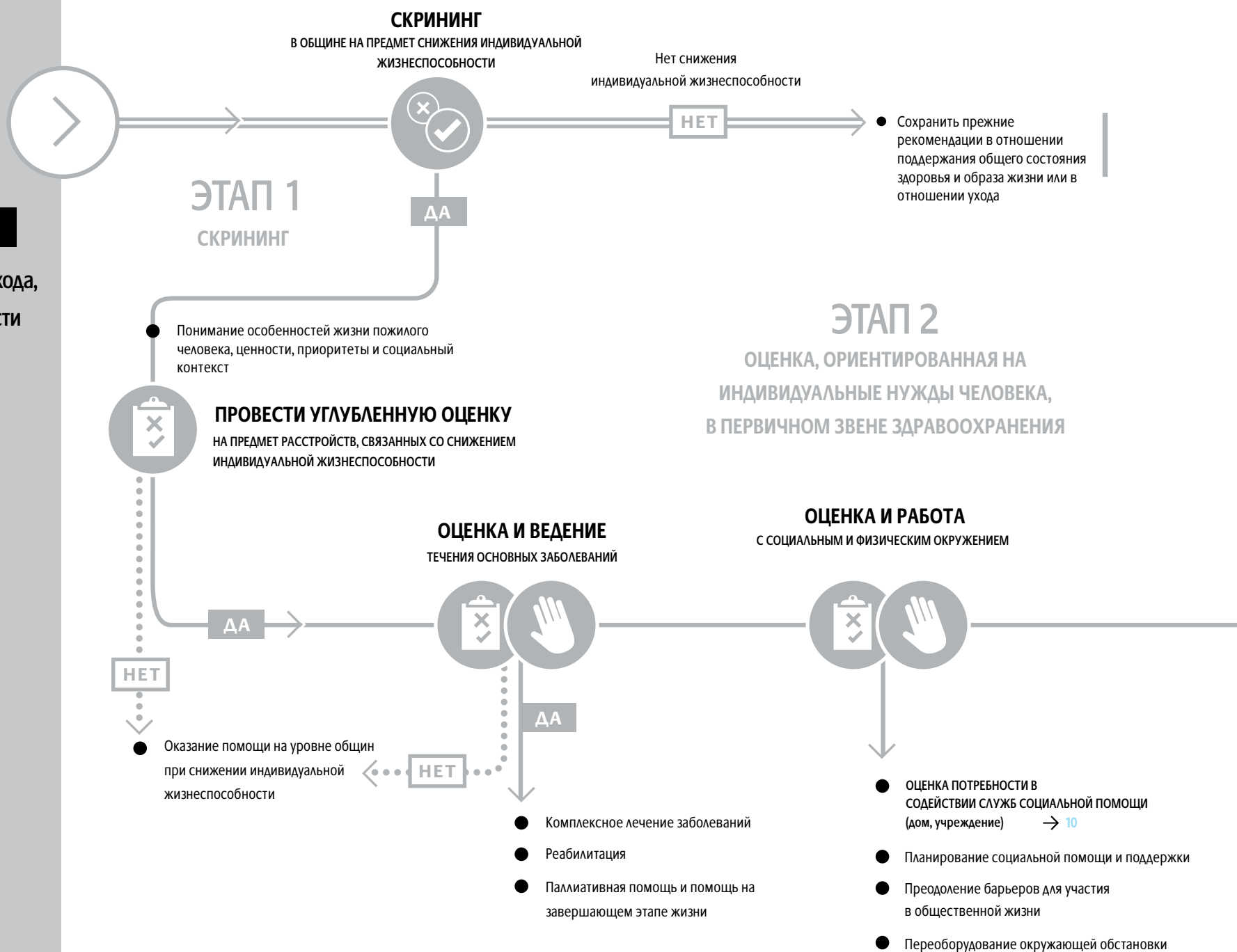
Помощь, ориентированная на интересы и нужды человека, основана на понимании того, что пожилые люди – не средоточие заболеваний и расстройств здоровья; каждый человек независимо от возраста – индивидум с уникальным опытом, потребностями и предпочтениями. Ориентир на интересы и нужды человека означает, что во главу угла ставятся потребности индивидума в медицинской и социальной помощи, а не отдельно взятые расстройства здоровья или симптомы. В рамках комплексного подхода, ориентированного на интересы и нужды человека, также учитывается контекст повседневной жизни индивидумов, в том числе взаимосвязь состояния их здоровья и их потребностей с таковыми в их ближайшем окружении и общинах.

Как показано в обобщенной схеме ниже, в рамках комплексного подхода выделяют пять этапов на пути к удовлетворению потребностей пожилых людей в медицинской и социальной помощи.

3

Общая схема ухода

Оценки и схемы организации ухода, ориентированные на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи



ЭТАП 3

РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ПЛАНА УХОДА

- Целеполагание, ориентированное на потребности человека
- Мультидисциплинарный коллектив
- Разработать план ухода, включающий многокомпонентные мероприятия и ведение основных заболеваний, самообслуживание и самопомощь, а также социальную помощь и поддержку

ЭТАП 5

ПРИВЛЕЧЕНИЕ К УЧАСТИЮ ЧЛЕНОВ ОБЩИНЫ И СОДЕЙСТВИЕ ЛИЦАМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ УХОД

ЭТАП 4

ОБЕСПЕЧЕНИЕ МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ К СПЕЦИАЛИСТАМ И МОНИТОРИНГ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЛАНА УХОДА

В УВЯЗКЕ С СИСТЕМОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



ТАБЛИЦА 1.

СКРИНИНГОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ВОЗ ICORE

Важные расстройства здоровья, связанные со снижением индивидуальной жизнеспособности	Проверка	Провести полную оценку компонента, если кружок напротив него отмечен
СНИЖЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ (Глава 4)	1. Повторение трех слов: пол, дверь, рис (примерный список) 2. Ориентированность в пространстве и времени: назовите сегодняшнюю дату; где вы сейчас находитесь (дом, клиника, и т.п.)? 3. Повторяет ли испытуемый три слова?	<input type="radio"/> Испытуемый ошибается при ответе на любой из вопросов или не знает ответ <input type="radio"/> Испытуемый не повторяет всех трех слов
СНИЖЕНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (Глава 5)	Подъем со стула: встаньте со стула пять раз подряд без помощи рук. Выполнил ли испытуемый подъем со стула пять раз подряд в течение 14 секунд?	<input type="radio"/> Нет
НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ (Глава 6)	1. Потеря веса: вы теряли без явной причины больше 3 килограммов веса за последние три месяца? 2. Потеря аппетита: у вас пропал аппетит?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Да
НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ (Глава 7)	Есть ли у вас проблемы со зрением: затруднения при просмотре вдаль или чтении, имеются ли у вас заболевания глаз, получаете ли вы в настоящее время лечение по какому-либо поводу (например, в связи с диабетом, повышением артериального давления)?	<input type="radio"/> Да
ПОТЕРЯ СЛУХА (Глава 8)	Испытуемый слышит шепотную речь или Результат скрининговой аудиометрической пробы составляет 35 Дб или менее, либо Испытуемый проходит автоматизированный тест на распознавание цифр в шуме на слух в специальном приложении.	<input type="radio"/> Результат проверки неудовлетворителен
СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ (Глава 9)	Вы испытывали за последние две недели – эмоциональный упадок, чувство подавленности или безнадежности? – отсутствие интереса или удовольствия от своей деятельности?	<input type="radio"/> Да <input type="radio"/> Да

ЭТАП 1

ПРОВЕСТИ СКРИНИНГ НА ПРЕДМЕТ СНИЖЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ

Применяя процесс и инструменты, предложенные в данном руководстве, подготовленные медицинские работники могут приступать к выявлению лиц со снижением индивидуальной жизнеспособности в общине или на дому. Для этого можно воспользоваться скрининговым инструментом ICOPЕ (таблица 1). Скрининг с использованием инструмента ICOPЕ является первым этапом каждой из схем ухода, представленных в Главах с 4 по 9, и охватывает шесть основных групп расстройств здоровья, затрагивающих компоненты индивидуальной жизнеспособности (рисунок 1 на стр. 5). Стратегии по работе с населением, например, домашние визиты общинных работников здравоохранения и самооценка с использованием мобильной телефонной связи, могут помочь при выявлении соответствующих случаев.

Лицам, имеющим характерные проявления или заявляющим о снижении физических возможностей на первом этапе, следует пройти процедуру полного обследования. Процедура полного обследования, вероятнее всего, потребует участия медицинских работников с необходимым уровнем подготовки, чаще всего, хотя и не всегда, врача.

Медицинские и социальные работники должны выступить гарантами того, что любой факт снижения физических возможностей, установленный с использованием скринингового инструмента ICOPЕ, всякий раз будет влечь за собой процедуру подробной оценки. Необходимо, чтобы выявленные результаты легли в основу разработки индивидуального плана ухода.

ЭТАП 2

СИЛАМИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ, ОРИЕНТИРОВАННУЮ НА ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ НУЖДЫ

Оценка потребностей пожилых людей в медицинской и социальной помощи играет ведущую роль в последующей оптимизации индивидуальной жизнеспособности.

2А. Изучить контекст жизни пожилого человека

При использовании подхода, ориентированного на потребности людей, не происходит сбора анамнеза стандартным способом; вместо этого стремятся тщательно изучить особенности жизни человека, ценности, приоритеты и предпочтения касательно изменений собственного здоровья и заботы о нем.

2В. Провести углубленную оценку на предмет расстройств здоровья, связанных с утратой индивидуальной жизнеспособности

При выполнении подобной оценки проводится углубленный диагностический поиск расстройств здоровья, приводящих к утрате индивидуальной жизнеспособности. Представленные в Главах с 4 по 9 схемы организации ухода при расстройствах здоровья, затрагивающих компоненты индивидуальной жизнеспособности, как правило, имеют три составляющих, из которых скрининговые мероприятия на уровне сообщества занимают ведущее место, оценка на уровне первичного звена – промежуточное, а индивидуальный план ухода – последнее.

2С. Оценить и взять под контроль течение имеющихся заболеваний

Необходимо провести обследование на предмет имеющихся хронических заболеваний, а также возможной полипрагмазии (одновременное применение целого ряда лекарственных средств). Полипрагмазия и развивающиеся в связи с ней нежелательные эффекты лекарственных средств могут приводить к утрате нескольких компонентов индивидуальной жизнеспособности, и поэтому она всякий раз требует анализа (см. врезку «Полипрагмазия», стр. 18).

Диагностика имеющихся заболеваний, таких, как болезнь Альцгеймера, депрессия, остеоартрит, остеопороз, катаракта, диабет и гипертония, играет ключевую роль в оценке, ориентированной на индивидуальные нужды. Постановка таких диагнозов может требовать выполнения сложных диагностических проб, которые не всегда доступны в учреждениях здравоохранения первичного звена. В зависимости от обстоятельств может потребоваться направление пациента в гериатрические учреждения специализированной или высокотехнологичной помощи.

2D. Провести оценку социального и физического окружения пациента, а также выявить потребности в социальной помощи и поддержке

Людам со снижением индивидуальной жизнеспособности требуется как оценка социального и физического окружения, так и выявление различных потребностей в социальных услугах и поддержке. Это весомая часть процедуры оценки, ориентированной на индивидуальные нужды, в первичном звене. Потребность в социальной помощи можно выявить путем опроса пожилого человека о том, может ли он(она) вести свою повседневную деятельность без посторонней помощи. В Главе 10 наряду со схемой организации ухода представлен ряд вопросов для общей оценки и выявления потребностей в социальной помощи. Кроме того, каждая из схем оказания помощи, описанных в главах с 4 по 9, позволяет выявить возможные потребности в социальной помощи, специфичные для значимых расстройств здоровья.

Поддержка способности к самообслуживанию означает предоставление пожилым людям информации, инструментов и навыков, необходимых для ведения имеющихся у них расстройств здоровья, профилактики осложнений, укрепления индивидуальной жизнеспособности и сохранения качества жизни.

Это ни в коей мере не означает, что пожилые люди должны быть предоставлены самим себе или что к ним должны предъявляться нерациональные или чрезмерно высокие требования. Напротив, это означает признание их автономии и способности к самообслуживанию при консультативной поддержке и в партнерстве с медицинскими работниками, членами семей и другими лицами, осуществляющими уход.

Инициатива ВОЗ по разработке мобильного приложения (mAgeing) может дополнить регулярные усилия медицинских работников, поскольку содействует самообслуживанию и самопомощи. Направляя информацию о состоянии здоровья, рекомендации и напоминания через мобильные телефоны, программа способствует практике здорового поведения и помогает пожилым людям улучшить и поддержать индивидуальную жизнеспособность.

Более подробные сведения о том, как настроить программу mAgeing, а также предлагаемые варианты текстовых сообщений представлены по ссылке: <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>.



ЭТАП 3

ОПРЕДЕЛИТЬ ЦЕЛЬ УХОДА И РАЗРАБОТАТЬ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ПЛАН

3А. Наметить цель осуществления ухода вместе с пожилым человеком
 всеобъемлющая цель оптимизации индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности позволяет обеспечить интеграцию помощи, а также открывает возможности мониторинга прогресса, совершаемого пожилым человеком, и эффективности проводимых мероприятий. Важно, чтобы пожилой человек и лицо, осуществляющее уход, были вовлечены в процесс принятия решений и целеполагания с самого начала, и чтобы определение и приоритизация целей происходили сообразно приоритетам, нуждам и предпочтениям самого человека.

3В. Разработать план ухода

Результаты оценки, ориентированной на индивидуальные нужды человека, ложатся в основу разработки индивидуализированного плана ухода. Такой индивидуализированный план применяется в рамках целостного подхода к реализации мероприятий, выполняемых в связи с утратой различных компонентов индивидуальной жизнеспособности: все мероприятия необходимо рассматривать и применять в комплексе.

Общая схема ухода

Оценки и схемы организации ухода, ориентированные на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи

Подобный интегрированный подход имеет первостепенное значение, поскольку большинство важных расстройств здоровья, связанных с утратой индивидуальной жизнеспособности, объединены общими физиологическими и поведенческими детерминантами. В результате этого проводимые мероприятия укрепляют целый ряд компонентов индивидуальной жизнеспособности. Например, интенсивная силовая тренировка является ключевым мероприятием для профилактики утраты двигательной активности. В то же самое время, силовая тренировка косвенным образом охраняет мозг от депрессии и снижения когнитивных функций, а также способствует профилактике падений. Питание дополняет эффекты физической нагрузки и в то же время оказывает непосредственное влияние на увеличение мышечной массы и силы. Через посредство комплексного, единообразного подхода становится возможным изменить влияние ряда факторов, повышающих риск возникновения зависимости от посторонней помощи.

Индивидуальный план ухода будет характеризоваться рядом составляющих, в число которых могут входить:

- пакет многокомпонентных мероприятий по ведению случаев утраты индивидуальной жизнеспособности. Большинство планов ухода будут включать мероприятия по улучшению питания и поощрять выполнение физических упражнений;
- ведение и лечение имеющихся заболеваний, мультиморбидности и гериатрических синдромов. ВОЗ разработала клинические рекомендации в отношении большинства соответствующих хронических заболеваний, которые могут способствовать снижению индивидуальной жизнеспособности (2). У каждого поставщика услуг здравоохранения должен иметься доступ к этим рекомендациям;

- содействие самообслуживанию и самопомощи;
- ведение любых хронических расстройств здоровья на поздней стадии (паллиативная помощь, реабилитация) или поддержание достойного качества и приемлемого уровня жизни;
- социальная помощь и поддержка, включая модификацию окружающей человека обстановки с целью компенсации возможной утраты функций; а также
- план по удовлетворению потребностей в социальной поддержке при содействии членов семьи, друзей, представителей служб, оказывающих помощь по месту жительства.

Медицинские и социальные работники могут поддержать реализацию плана ухода на уровне общины или в учреждении здравоохранения первичного звена. Самообслуживание вкупе с консультативной поддержкой, просветительской работой и поддержкой со стороны поставщика услуг здравоохранения на уровне общины может модифицировать ряд факторов, приводящих к снижению индивидуальной жизнеспособности. Партнерские отношения пожилого человека, медицинских работников первичного звена, членов семьи и общины будут способствовать поддержанию уровня благополучия людей по мере их старения.

3

Общая схема ухода

Оценки и схемы организации ухода, ориентированные на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи

ЭТАП 4

ОБЕСПЕЧИВАТЬ МАРШРУТИЗАЦИЮ ПАЦИЕНТОВ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ И ПРОВОДИТЬ МОНИТОРИНГ ПЛАНА УХОДА В УВЯЗКЕ С СИСТЕМОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Регулярное и систематическое последующее наблюдение с интеграцией различных уровней и типов оказания помощи играет важную роль в реализации мероприятий, рекомендованных в настоящем руководстве. Такой подход содействует раннему выявлению осложнений или изменений функционального состояния, тем самым предотвращая необходимость в экстренной помощи и снижая уровень затрат за счет раннего вмешательства.

Регулярное последующее наблюдение открывает возможности для мониторинга прогресса при реализации плана ухода, а также для организации дополнительной помощи в случае необходимости. Последующее наблюдение и поддержка могут приобретать особое значение после серьезных изменений в состоянии здоровья, плане лечения, социальной роли или общественном положении человека (например, смена места жительства или смерть партнера).

Отлаженная маршрутизация пациентов при направлении на консультацию важна для обеспечения быстрого доступа к неотложной помощи в случае непредвиденных обстоятельств, например, падений, а также к паллиативной помощи и помощи на завершающем этапе жизни или после выписки из стационара.

Решающее значение имеет также увязка с системой специализированной гериатрической помощи. Задачей систем здравоохранения также является обеспечение своевременного доступа к специализированной и неотложной помощи при возникновении необходимости. Имеются убедительные фактические данные, свидетельствующие о том, что специализированные гериатрические отделения неотложной помощи оказывают более качественную помощь с более короткими сроками госпитализации при более низком уровне расходов по сравнению с помощью в больницах общего профиля.

РОЛЬ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Гериатры специализируются на оказании помощи пожилым людям с длительно протекающими сочетанными расстройствами здоровья, такими, как гериатрические синдромы (недержание, падения, делирий, и т.п.), полипрагмазия и такие расстройства, как деменция, а также не оказании помощи лицам с ограничениями повседневной активности. Мультиморбидность возникает с возрастом и приводит к появлению сложных клинических картин, когда врачу первичного звена следует направить пациента к гериатру.

В рамках подхода ICOPE гериатры являются частью междисциплинарного коллектива, ведающего оказанием помощи пожилым людям, и они содействуют, контролируя работу специалистов первичного звена и вступая в дело при потребности в специализированной помощи.

ЭТАП 5

ПРИВЛЕЧЬ ЧЛЕНОВ СООБЩЕСТВА И ОКАЗАТЬ ПОДДЕРЖКУ ЛИЦАМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ УХОД

Реализация ухода может требовать значительных усилий, и лица, осуществляющие уход за людьми с утратой физических возможностей, часто ощущают себя в изоляции и подвергаются риску психологического дистресса и депрессии. Индивидуализированный план ухода должен включать вмешательства на доказательной основе с целью поддержки лиц, осуществляющих уход. Кроме того, лицам, осуществляющим уход, требуется базовая информация о расстройствах здоровья, которыми страдает пожилой человек, а также подготовка, направленная на развитие ряда практических навыков, таких, как помощь пожилому человеку в безопасном перемещении между стулом и кроватью или помощь в принятии ванны.

Пожилую человеку и лицу, осуществляющему уход, необходимо предоставлять информацию о доступных для них ресурсах общины. Следует рассмотреть возможности более активного привлечения членов общины и микрорайонов к помощи на уровне сообщества, в частности, за счет поощрения волонтерства и привлечения пожилых людей к участию в общественной жизни. Подобные виды деятельности зачастую могут разворачиваться на уровне ассоциаций и групп, объединяющих пожилых людей.

В **Главе 11** представлена схема ухода для оценки нагрузки на лицо, осуществляющее уход, и принятия мер для удовлетворения потребностей лиц, осуществляющих уход на безвозмездной основе, в поддержке и самопомощи.

Концепция ICOPE действует на уровне сообщества или первичного звена здравоохранения, где она может стать доступной для как можно большего числа людей. В то же время, в данной концепции содержится призыв к активному наращиванию связей с учреждениями специализированной и высокотехнологичной помощи для тех, кто в ней нуждается, например, с привлечением нутрицевтов и фармацевтов.



ПРИЛОЖЕНИЕ ICOPE HANDBOOK

С целью содействия медицинским и социальным работникам при выборе конкретных шагов на всех этапах от скрининга до оценки и разработки индивидуального плана ухода будут доступны мобильные приложения. Приложение будет создавать пригодный для печати отчет в формате PDF о результатах оценки и о мероприятиях, необходимых для включения в план ухода.

Общая схема ухода

Оценки и схемы организации ухода, ориентированные на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи

3

Общая схема ухода

Оценки и схемы организации ухода, ориентированные на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи

ПОЛИПРАГМАЗИЯ

Полипрагмазия часто определяется как одномоментное применение пяти и более препаратов, и ее часто связывают с возникновением неблагоприятных лекарственных реакций. Подобное применение целого ряда препаратов повышает риск негативных последствий для здоровья и может привести к преждевременной утрате индивидуальной жизнеспособности, а также является причиной неотложной госпитализации. Пожилые люди, которые получают помощь нескольких медицинских работников или были недавно госпитализированы, имеют больший риск полипрагмазии. У пожилых людей с мультиморбидной патологией существует риск более выраженного проявления возрастных физиологических изменений, которые могут влиять на фармакокинетику и фармакодинамику препаратов.

Поскольку полипрагмазия может дополнительно усугублять утрату ряда компонентов индивидуальной жизнеспособности, оценка, ориентированная на индивидуальные нужды человека, должна включать изучение списка препаратов, которые принимает пожилой человек.

Выраженность полипрагмазии можно снизить за счет исключения ненужных, неэффективных препаратов, а также препаратов, которые дублируют действие друг друга.

Каким образом производить надлежащее назначение препаратов и минимизировать ошибки при их назначении:

- собрать полный анамнез;
- учесть, может ли прием препарата отрицательно сказаться на физических возможностях;
- не назначать препарата до момента постановки диагноза за исключением случаев, сопровождающихся выраженной острой болью;
- регулярно пересматривать список назначений, в том числе до назначения очередного препарата;
- ясно представлять механизм действия, нежелательные эффекты, лекарственные взаимодействия, требования к мониторингу и токсичность назначенных препаратов;
- стремиться к назначению одного препарата по поводу одного и более расстройств здоровья;
- выдать пациенту карту для учета принимаемых препаратов; и
- просветить пациента и лицо, осуществляющее уход, в части каждого из препаратов.

В случае сомнения относительно возможности безопасной отмены какого-либо из препаратов, следует получить консультацию специалиста соответствующего профиля.

4

КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Схемы организации ухода при снижении когнитивных способностей



Снижение когнитивных способностей проявляется прогрессирующей забывчивостью, снижением внимания и способности к решению задач. Хотя точная причина не выяснена, снижение когнитивных способностей может быть связано с процессами старения мозга, заболеваниями (например, сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими, как гипертония и инсульт или болезнь Альцгеймера) или факторами окружающей среды, такими, как недостаток физической нагрузки, социальная изоляция и низкий уровень образования.

Снижение когнитивных способностей начинает представлять проблему тогда, когда оно влияет на способность человека эффективно функционировать в окружающей его среде, то есть тогда, когда у человека возникает деменция.

Данная схема разработана для применения у пожилых людей с определенным уровнем снижения когнитивных способностей, но не страдающих деменцией. Медицинский работник, кроме того, должен уметь оценивать потребность в социальной помощи и поддержке (см. Главу 10).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Снижение когнитивных способностей можно свести к минимуму и иногда обратить вспять за счет мероприятий общего характера по формированию более здорового образа жизни, когнитивной стимуляции и вовлечения в общественную жизнь.
- Лечение таких расстройств, как диабет и гипертония, может оказать профилактическое действие в отношении снижения когнитивных способностей.
- Утрата других компонентов индивидуальной жизнеспособности, например слуха или способности к движению, может отрицательно сказаться на когнитивной функции, поэтому в отношении нее также необходимо проводить оценку и принимать меры.
- Для планирования и реализации комплексных мероприятий у лиц с деменцией необходима специализированная помощь.

4

КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Схемы организации ухода при снижении когнитивных способностей

Простая проба на память и ориентированность

1. Запоминание трех слов:

Попросите человека запомнить три слова, которые вы назовете. Называйте простые конкретные слова, такие как «цветок», «дверь», «рис»

2. Ориентированность в пространстве и времени:

Затем предложите человеку ответить: «Назовите сегодняшнюю дату» и «Где вы сейчас находитесь?» (в доме, клинике, и т.д.)?

3. Припоминание трех слов:

Попросите человека повторить три слова, которые вы назвали

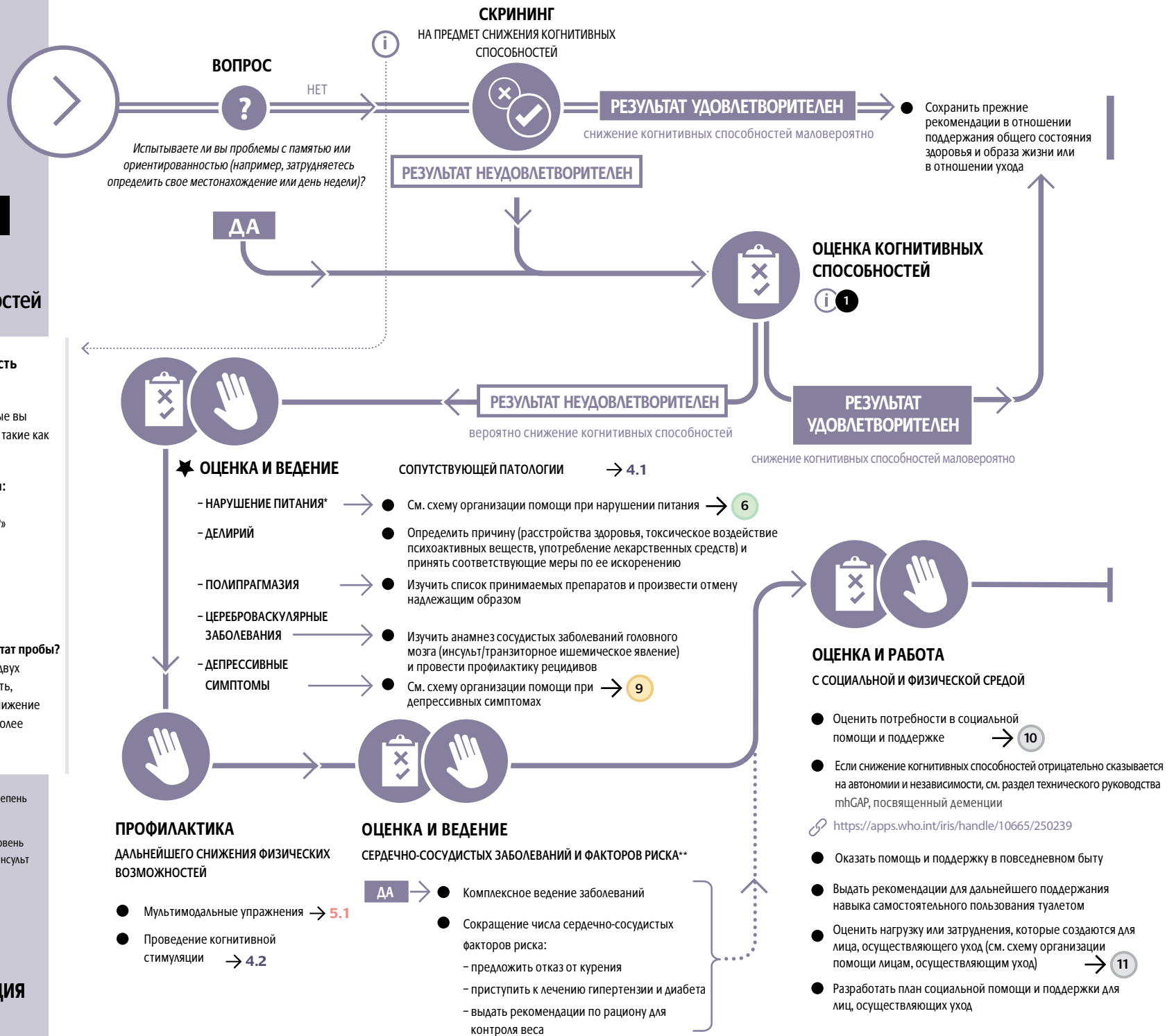
Удовлетворителен или неудовлетворителен результат пробы?

В случае, если человек не может ответить на один из двух вопросов, которые характеризуют ориентированность, ИЛИ не может вспомнить всех трех слов, вероятно снижение когнитивных способностей и показано проведение более подробной оценки

* Дефицит витаминов, электролитные нарушения, выраженная степень дегидратации

** Сердечно-сосудистые факторы риска: гипертензия, высокий уровень холестерина, диабет, курение, ожирение, заболевания сердца, инсульт или транзиторная ишемическая атака в анамнезе.

Сокращение риска снижения когнитивных способностей и возникновения деменции: рекомендации ВОЗ - WHO Guidelines - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>





ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ

При углубленной оценке когнитивных способностей по возможности пользуются локальным валидизированным инструментом. Ниже справа перечислены возможности оценки когнитивных функций у пожилых людей в учреждениях здравоохранения первичного звена.

Отсутствие школьного образования. Практически все стандартные инструменты скрининговой или диагностической оценки когнитивных нарушений ориентированы на пациента с минимальным уровнем школьного образования. Оценка когнитивных функций может осложниться в случае, если объем школьного образования пациента составляет менее пяти или шести лет. В таких случаях следует опираться на результаты собеседования и суждение клинициста. Настоятельно рекомендуется привлечение таких лиц к участию в программах ликвидации неграмотности среди взрослого населения (по возможности), поскольку это содействует укреплению когнитивного здоровья.

В случае, если стандартный инструмент оценки недоступен или непригоден, медицинский работник может справиться у самого пациента или у людей, хорошо с ним знакомых, о фактах нарушения памяти, ориентированности, речевой и языковой активности, а также о любых трудностях при выполнении ключевых для человека задач и задач в повседневном быту.

Неудовлетворительный результат когнитивной оценки или информация о нарушениях памяти или ориентированности свидетельствует о когнитивных нарушениях. Необходимо изучить, до какой степени для такого человека затруднителен повседневный быт или инструментальные действия для удовлетворения повседневных нужд. Эти сведения важны для планирования мероприятий по социальной помощи и поддержке в составе индивидуализированного плана помощи.

Если снижение когнитивных способностей отрицательно сказывается на способности эффективного взаимодействия пожилого человека с его окружением, может потребоваться специализированная оценка на предмет постановки диагноза деменции или болезни Альцгеймера (наиболее частая причина деменции). Протоколы для оценки и ведения деменции представлены в техническом руководстве ВОЗ mhGAP по ссылке <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

- Постановка диагноза и лечение деменции.
- Лечение множественных сопутствующих расстройств, например, делирия, цереброваскулярных и сердечно-сосудистых заболеваний.

ПРИМЕРЫ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

ИНСТРУМЕНТ/ПРОВЕРКА	ПРЕИМУЩЕСТВА	НЕДОСТАТКИ	ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ
Тест Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf	Краткий, без сложных инструкций, исключает предвзятое отношение по причине образовательного уровня или расовой принадлежности	Применение различных списков слов может влиять на оценку	2–4 мин.
Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCA) https://www.mocatest.org/	Позволяет выявлять легкие когнитивные нарушения, существует на многих языках	Остается поле для образовательных или культурных предубеждений; ограниченное количество опубликованных сведений	10–15 мин.
Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	Широко применяется и хорошо изучена	Остается поле для возрастных и культурных предубеждений; «эффект потолка»	7–10 мин.
Определение когнитивных функций врачом общей практики (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	Минимальное пространство для образовательных или культурных предубеждений; существует на многих языках	Получение сведений от информанта может быть затруднительным	5–6 мин.

Что такое деменция?

Деменция – это длительно протекающий и развивающийся с течением времени синдром, обусловленный изменениями в головном мозге. Деменция приводит к снижению когнитивных функций и отрицательно сказывается на выполнении задач в повседневном быту, таких как стирка, одевание, прием пищи, личная гигиена и пользование туалетом.

Дополнительная информация: Техническое руководство ВОЗ mhGAP (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>)

4

КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Схемы организации ухода при снижении когнитивных способностей

Выявление обратимого снижения когнитивных функций в связи с приемом препаратов предполагает полномасштабный диагностический поиск. Для корректного выбора плана ухода может потребоваться несколько диагностических гипотез, объясняющих наличие симптомов.



ОЦЕНКА И РАБОТА С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Важным этапом до начала диагностического поиска по поводу снижения когнитивных функций является выявление любых ассоциированных расстройств и купирование их проявлений.

★ 4.1 РАССТРОЙСТВА ЗДОРОВЬЯ, ПРИВОДЯЩИЕ К СИМПТОМАМ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

← Распространенные обратимые состояния, приводящие к снижению когнитивных способностей, включают обезвоживание, нарушения питания, инфекционные процессы и проблемы, вызванные приемом лекарственных средств. Принятие надлежащих мер в отношении данных состояний обычно приводит к исчезновению симптомов снижения когнитивных функций.

Тяжелое обезвоживание. Тяжелое обезвоживание и другие проблемы, обусловленные питанием, могут вызывать проявления делирия (напоминает деменцию) и, в особенно тяжелых случаях, приводить к гибели.

Делирий. Делирий проявляется внезапным развитием выраженной неспособности к концентрации внимания. Кроме того, возникает яркое нарушение ориентированности в окружающей обстановке и времени. Делирий развивается стремительно, и его проявления в течение суток могут носить волнообразный характер. Он может провоцироваться остро возникшими органическими причинами, например, инфекционным процессом, приемом лекарственных средств, нарушениями обмена веществ (например, гипогликемией или гипонатриемией), употреблением психоактивных веществ или абстиненцией.

Полипрагмазия. Два и более препарата могут вступать в лекарственные взаимодействия, приводя к возникновению нежелательных эффектов (см. врезку в Главе 3, стр. 18). Седативные и снотворные средства – это препараты, которые наиболее часто приводят к когнитивным нарушениям у пожилых людей.

Обширные хирургические вмешательства и общий наркоз. Известно, что обширные хирургические вмешательства и общий наркоз влекут за собой риск снижения когнитивных способностей. Специалист должен установить возможный факт снижения когнитивных способностей после обширного хирургического вмешательства. В таком случае в исходе любого другого обширного хирургического вмешательства существует достаточно высокий риск дальнейшего снижения когнитивных функций. Необходимо точно определить степень такого риска и обсудить данный вопрос с хирургической бригадой и анестезиологом до выполнения любых других операций или анестезиологического пособия.

Цереброваскулярная болезнь. Сосудистые заболевания головного мозга тесно связаны со снижением когнитивных способностей. В случае, если у пациента имеется анамнез инсульта / микроинсульта / транзиторного ишемического явления, профилактика дальнейших расстройств такого рода является первоочередной задачей в борьбе с дальнейшим снижением когнитивной функции.



ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ СНИЖЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ

- Когнитивная стимуляция может благотворно сказываться на состоянии лиц со снижением **когнитивных функций**.
- Другие мероприятия, предусмотренные концепцией ICOPE, например **мультимодальные упражнения** (см. Главу 5, посвященную ограничению подвижности), также могут благотворно сказываться на состоянии здоровья головного мозга. → 5
- Утрата других компонентов индивидуальной жизнеспособности, в частности слуха, зрения и настроения, может влиять на когнитивную функцию. Для достижения наилучших результатов следует обращать внимание на состояние этих компонентов. У лиц со снижением когнитивных функций встречаются разнообразные варианты одновременной утраты нескольких таких компонентов.

4.2 КОГНИТИВНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ

Когнитивная стимуляция может замедлить снижение когнитивных способностей (7). Целью когнитивной стимуляции является оказание стимулирующего воздействия на участников через посредство когнитивной деятельности и припоминания, стимуляция различных сенсорных путей и поощрение контакта с другими людьми.

Мероприятия по когнитивной стимуляции могут проводиться индивидуально или в группе. Работа в группе может лучше подходить некоторым людям; социальный контакт в группе может быть полезным. Кроме того, группы могут оказаться полезными и эффективными в случае, если участники группы имеют общие цели, например, повышение санитарной грамотности.

При стандартном групповом подходе проводится до 14 тематических сеансов длительностью около 45 минут каждый, два раза в неделю. Сеансы проходят под контролем ведущего. Как правило, сеанс может начинаться с разминки, не имеющей непосредственного отношения к когнитивной стимуляции, а затем продолжаться разнообразными когнитивными упражнениями, включая упражнения на ориентированность в реальности (например, табло, на котором выведено место, дата и время проведения сеанса). Сеансы имеют различную тематическую направленность, включая, например, период детства, пользование денежными средствами, пантомимы и сценки. При этих видах деятельности, как правило, не требуется припоминания фактов, напротив, акцент делается на таких вопросах как «*Что общего в этих [словах или предметах]?*»

Кто может проводить сеансы когнитивной стимуляции? В странах с высоким уровнем дохода сеансы когнитивной терапии проводят, как правило, психологи. При условии соответствующей адаптации метода сеансы могут проводить надлежащим образом подготовленные неспециалисты при условии поддержки. Однако разработка и реализация индивидуализированного мероприятия для человека с существенным уровнем утраты функций может потребовать детальной оценки и планирования – задач, которые требуют специальных навыков. Таким образом, в локальных протоколах должны содержаться критерии направления на консультацию по поводу когнитивной терапии к специалисту в области психического здоровья.

Члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут сыграть важную роль в когнитивной стимуляции. Важно поощрять регулярное сообщение пожилым людям информации о дне недели, дате, погоде, времени, именах людей и так далее со стороны членов семьи и лиц, осуществляющих уход. Такая информация помогает им сохранять ориентированность в месте и времени. Кроме того, газеты, радио- телепередачи, семейные альбомы и предметы домашнего обихода могут содействовать коммуникации, ориентировать пожилого человека в текущих событиях, вызывать воспоминания и давать возможность делиться своим опытом и осознавать его значение.

4

КОГНИТИВНЫЕ СПОСОБНОСТИ

Схемы организации ухода при снижении когнитивных способностей



ОЦЕНКА И РАБОТА С СОЦИАЛЬНЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОКРУЖЕНИЕМ

В случае, если снижение когнитивных функций ограничивает самостоятельность и независимость человека, вероятнее всего, у такого человека будут значительные потребности в социальной помощи. Медицинский работник может помочь лицам, осуществляющим уход, в разработке плана ежедневных мероприятий, который помогает нарастить объем действий, самостоятельно совершаемых человеком, повышает степень его функционирования, помогает в адаптации и развитии навыков, а также минимизирует потребность в поддержке.

Члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут:

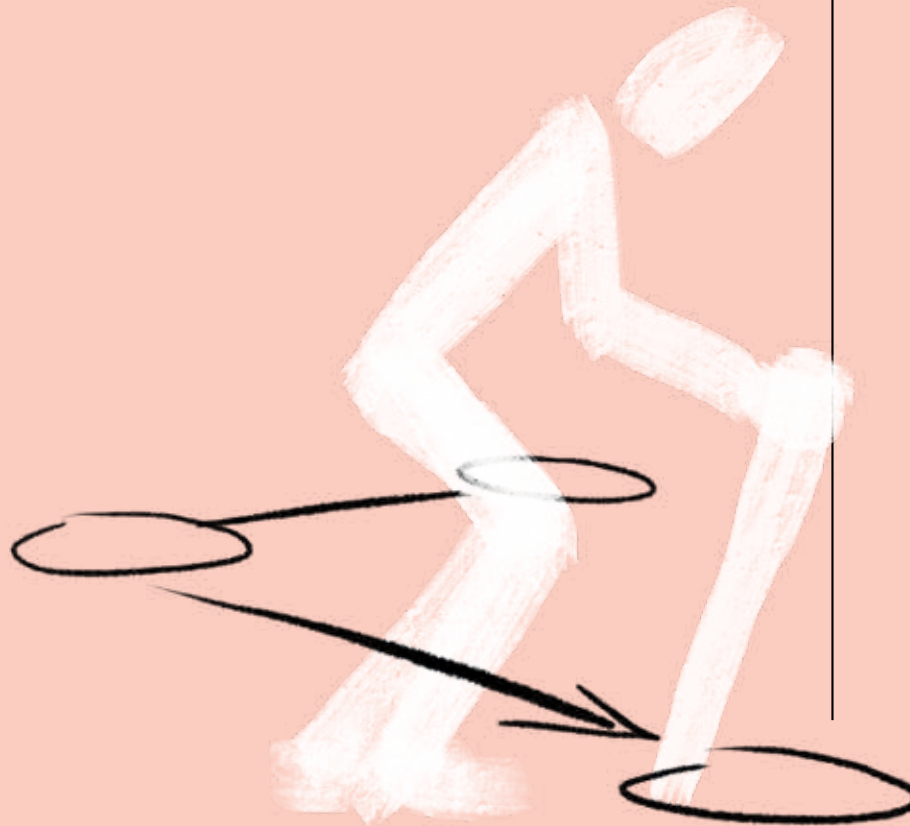
- предоставлять информацию, необходимую для ориентированности, например, о дате, текущих событиях в общине, личности посетителей, погоде, новостях о членах семьи;
- содействовать формированию и поддерживать существующие контакты с друзьями и членами семьи дома и в общине;
- повышать и поддерживать на достаточном уровне безопасность домашней обстановки для сокращения риска падений и травм;
- размещать в доме информационные таблички, например, в туалете, спальне, на уличной двери – с тем чтобы помочь пожилому человеку ориентироваться в окружающей обстановке; и
- организовывать и содействовать трудовым занятиям (сообразно способностям человека).

К лицам, осуществляющим уход за людьми с выраженными когнитивными нарушениями, предъявляются повышенные требования. Стрессовые условия могут создавать угрозу для их собственного здоровья. См. Главу 11 о потребностях лиц, осуществляющих уход. → 11

5

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности



Двигательная активность является определяющим фактором здорового старения. Она важна для поддержания самостоятельности и профилактики зависимости от посторонней помощи. Физическая способность человека к перемещению из одного места в другое носит название способности к движению.

Многие пожилые люди и члены их семей относятся к утрате способности к движению и боли как к неизбежным явлениям. Однако эти явления таковыми не являются. В самом деле, существуют эффективные стратегии совершенствования и поддержания подвижности в пожилом возрасте.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Ограничение подвижности часто встречается у пожилых, однако оно не является неизбежным.
- Общинные медико-санитарные работники могут проводить скрининг ограничения подвижности при помощи простых проб.
- Программа регулярных физических упражнений, составленная с учетом индивидуальных возможностей и потребностей, является наиболее важным мероприятием для улучшения или поддержания способности к движению.
- Модификация окружения человека и применение вспомогательных приспособлений – хорошие способы поддержания подвижности несмотря на снижение способности к движению.

5

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности

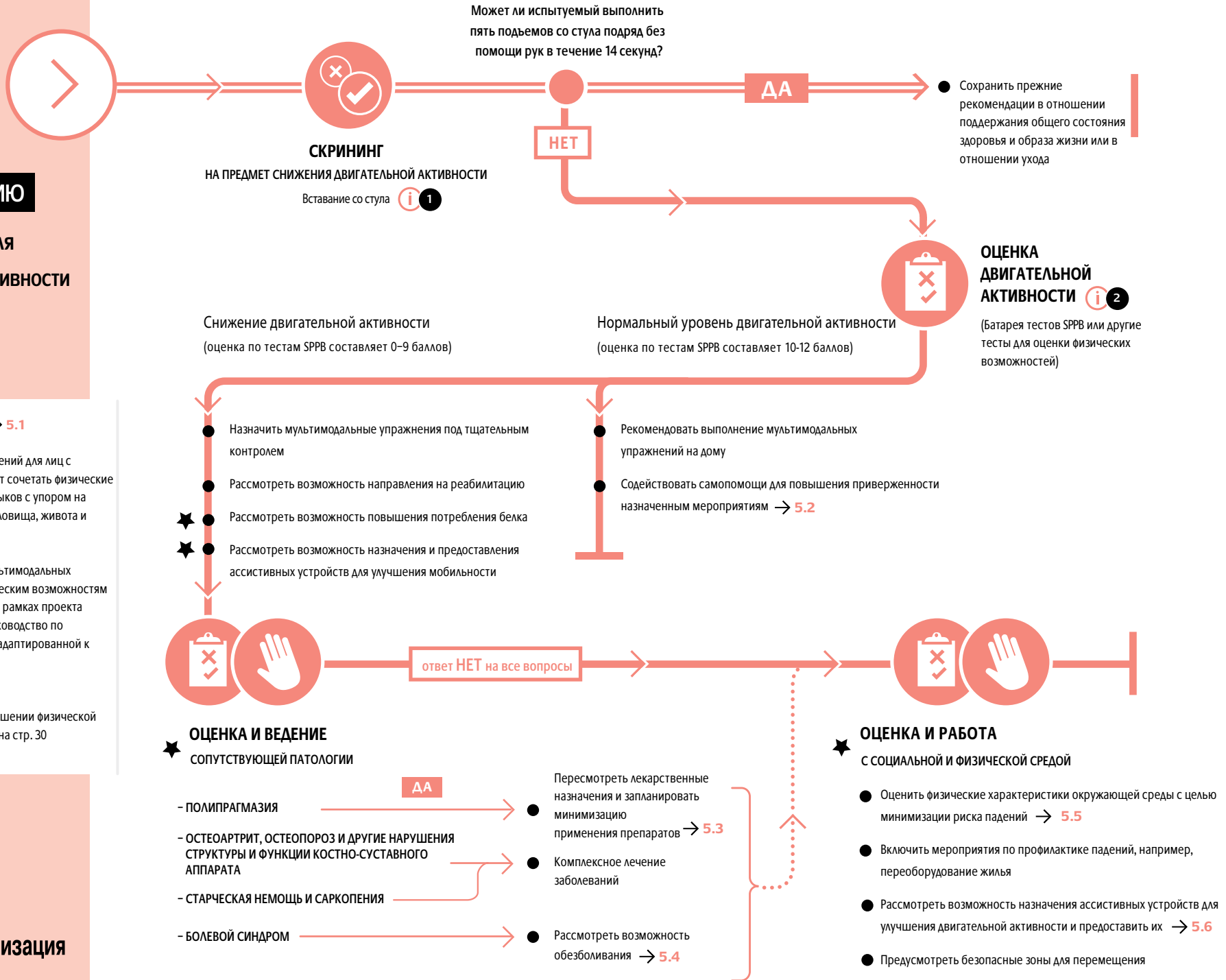
Мультимодальные упражнения → 5.1

Программа мультимодальных упражнений для лиц с ограничением подвижности позволяет сочетать физические упражнения и развитие смежных навыков с упором на укрепление основных групп мышц туловища, живота и нижних конечностей.

Следует адаптировать программу мультимодальных упражнений к индивидуальным физическим возможностям и потребностям пожилого человека. В рамках проекта Vivifrail предлагается практическое руководство по разработке программы упражнений, адаптированной к физическим возможностям <http://www.vivifrail.com/resources>

Глобальные рекомендации ВОЗ в отношении физической активности представлены во вставке на стр. 30

★ Требуется специализированная помощь



СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности

**А. Положение «стопы вместе»**

Удержание положения в течение 10 секунд 1 балл

Отсутствие удержания положения в течение 10 секунд 0 баллов

Не предпринято попытки удержания положения 0 баллов

В случае если попытки не предпринято – закончить выполнение тестов на определение способности удерживать равновесие.

**В. Полутандемное положение стоп**

Удержание положения в течение 10 секунд 1 балл

Отсутствие удержания положения в течение 10 секунд 0 баллов

Не предпринято попытки удержания положения 0 баллов

В случае если попытки не предпринято – закончить выполнение тестов на определение способности удерживать равновесие.

**С. Тандемное положение стоп**

Удержание положения в течение 10 секунд 2 балла

Удержание положения от 3 до 9.99 секунд 1 балл

Удержание положения в течение < 3 секунд 0 баллов

Не предпринято попытки удержания положения 0 баллов

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

Оценка способности к движению должна производиться параллельно с оценкой других компонентов индивидуальной жизнеспособности, например, когнитивных способностей, сенсорного восприятия, активности и психологических возможностей. В случае, если назначение физических упражнений осложняется выраженным снижением физических или психических возможностей либо сопутствующими заболеваниями, могут потребоваться специальные познания для разработки подходящей программы упражнений. Может потребоваться направление на реабилитацию.

**ВСТАВАНИЕ СО СТУЛА**

Несложный тест позволяет ответить на вопрос о том, нуждается ли пожилой человек в углубленной оценке на предмет ограничения двигательной активности.

Инструкции: Задайте пожилому человеку следующий вопрос: «Как вы думаете, вы смогли бы без вреда для себя подняться со стула пять раз подряд, не помогая себе руками?». (Продемонстрировать пожилому человеку, что имеется в виду.)

Если испытуемый отвечает «Да», попросите:

- полностью сесть на стул
- сложить руки на груди крест-накрест
- полностью подняться со стула в положение стоя и затем сесть
- повторить пятькратно, как можно быстрее, не останавливаясь.

Определите время выполнения пробы – требуется углубленное обследование в случае, **если испытуемый не может выполнить вставание со стула пять раз подряд в течение 14 секунд.**

**КРАТКАЯ БАТАРЕЯ ТЕСТОВ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (SPPB)**

Хотя существует большое количество тестов для исследования физических возможностей, рекомендуется выполнение батареи тестов SPPB, поскольку они характеризуются более высокой эффективностью измерений и пригодны для оценки широкого спектра физических возможностей. Батарея тестов SPPB позволяет определить время выполнения трех заданий, каждое из которых оценивается по шкале из четырех баллов, с последующей оценкой общей суммы набранных баллов: от нуля (худший результат) до 12 (лучший результат).

Прежде всего, следует объяснить сущность каждого теста и задать вопрос, может ли испытуемый выполнить его. Если нет, выполнение следует оценить соответствующим образом и перейти к следующему этапу.

1. Тесты на определение способности удерживать равновесие:

попросите испытуемого поставить ноги поочередно в каждую из трех следующих позиций, удерживая положение в течение 10 секунд. Сформируйте общую оценку по сумме баллов за каждую из трех позиций.

2. Тест на определение скорости ходьбы: время прохождения дистанции в четыре метра.

Время прохождения дистанции в четыре метра.	
< 4.82 секунды	4 балла
4.82 – 6.20 секунды	3 балла
6.21 – 8.70 секунды	2 балла
> 8.70 секунды	1 балл
Невозможность выполнения	0 баллов

3. Тест на определение скорости ходьбы: время прохождения дистанции в четыре метра.

< 11.19 секунды	4 балла
11.2 – 13.69 секунды	3 балла
13.7 – 16.69 секунды	2 балла
16.7 – 59.9 секунды	1 балл
> 60 секунд или невозможность выполнения	0 баллов

Итоговая сумма баллов по результатам теста SPPB = сумма баллов по результатам трех тестов, описанных выше.

Подробнее о тесте SPPB:

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sppbinstructions_scoresheet.pdf

5

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности



ОЦЕНКА ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Произвести подробную оценку двигательной активности испытуемого можно по баллам на основании результатов трех простых тестов. Эти тесты имеют общее наименование краткой батареи тестов физического функционирования (SPPB).

★ КОГДА ТРЕБУЕТСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ (ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ)

Специализированная помощь может также потребоваться лицам, которые:

- страдают от персистирующей боли, влияющей на настроение или другие компоненты функционирования
- страдают выраженными нарушениями функции суставов
- имеют перелом кости после минимальной травматизации
- находятся в группе риска (см. вставку на следующей странице)
- нуждаются в помощи при подборе подходящего ассистивного устройства для поддержания двигательной активности

Проверка с подъемом со стула входит в число одного из этих тестов. Ее следует провести повторно после проведения двух других тестов:

- *определение способности пациента к удержанию равновесия* – удержание равновесия на протяжении 10 секунд в каждом из трех положений ног
- *определение скорости ходьбы* – тест на определение времени, за которое пациент проходит расстояние в 4 метра

Баллы за выполнение каждого из тестов суммируются. Низкое общее количество баллов свидетельствует об ограничении двигательной активности. В схеме показаны два возможных пути осуществления ухода в зависимости от совокупного количества баллов.

Подробнее об этих тестах и о том, каким образом их следует оценивать, можно прочитать на предыдущей странице.



ВЕДЕНИЕ

СЛУЧАЕВ СНИЖЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

5

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности

5.1 ПРОГРАММА МУЛЬТИМОДАЛЬНЫХ УПРАЖНЕНИЙ

Для лиц с ограничением подвижности необходимо составить индивидуальную программу мультимодальных упражнений сообразно их потребностям и индивидуальному уровню физических возможностей.

Программа мультимодальных упражнений для лиц с ограничением двигательной активности может включать:

- **упражнения на развитие силы/упражнения с отягощением, при которых тренировка мышц производится с нагрузкой,** используются снаряды различного веса, эспандеры или собственный вес тела, как например в случае приседаний, выпадов или упражнений с попеременным принятием положений стоя и сидя;
- **аэробные упражнения/упражнения для укрепления сердечно-сосудистой системы,** например ходьба в быстром темпе или езда на велосипеде с повышением частоты сердечных сокращений до такой, при которой человек интенсивно дышит, но это не мешает ему поддерживать разговор;
- **упражнения на развитие равновесия,** которые вовлекают в работу вестибулярную сенсорную систему, предполагают статические и динамические упражнения; они могут выполняться на различной поверхности, как с открытыми, так и с закрытыми глазами; примерами могут служить удержание положения на одной ноге и ходьба по прямой линии с выполнением переката с пятки на носок; а также
- **упражнения на развитие гибкости,** которые повышают растяжимость мягких тканей, например, мышц, и увеличивают объем движений в суставе; примерами могут служить потягивание и другие упражнения йоги или Пилатеса.

В проекте Vivifrail представлены практические рекомендации по разработке индивидуальной программы упражнений.

<http://www.vivifrail.com/resources>

Питание. Повышение потребления белка и другие мероприятия в области питания могут дополнить преимущества программы физических упражнений. См. Главу 6, посвященную проблемам нарушения питания. → 6

Безопасность физических упражнений. До выдачи рекомендаций в части физических упражнений или планирования программы физических упражнений следует расспросить о тех расстройствах здоровья, которые могут повлиять на продолжительность или интенсивность выполнения таких упражнений.

В случае ответа «Да» на любой из перечисленных ниже вопросов, опытный медицинский работник должен разработать для пациента индивидуализированную программу физических упражнений.

- У вас бывают боли в области груди в состоянии покоя?
- Был ли у вас сердечный приступ за последние полгода?
- У вас были эпизоды обморока или потери сознания?
- Вы падали за прошедшие 12 месяцев?
- Был ли у вас перелом костей за последний месяц?
- Возникает ли у вас одышка при выполнении повседневных действий в доме, например, когда вы одеваетесь?
- Есть ли у вас заболевание суставов или мышц, которое ограничивает возможность выполнения упражнений?
- Рекомендовал ли ваш поставщик услуг здравоохранения ограничение физических нагрузок?

5

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ


Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности

Работа в условиях ограничений. В условиях, когда боль вызывает ограничение двигательной активности, дозированная физическая активность в течение посильного промежутка времени с постепенным увеличением сложности заданий помогает усилить выносливость организма и справиться с болью. Для лиц, подвижность которых значительно ограничена, выполнение физических упражнений можно начинать с положения лежа в кровати или сидя на стуле. Для лиц с ограничением когнитивных функций, например, с деменцией, может в большей степени подойти упрощенная и менее структурированная программа упражнений.

5.2 ПОДДЕРЖКА СПОСОБНОСТИ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ

Поддержка способности к самообслуживанию повышает приверженность мультимодальной программе упражнений и позволяет извлечь из нее большую пользу. Лица с результатами оценки по тестам SPPB в диапазоне 10-12 баллов могут выполнять упражнения на дому или в группе. Лицам с более выраженным ограничением подвижности может потребоваться наблюдение и помощь при выполнении упражнений.

Руководство ВОЗ по программе mAgeing может дополнить регулярные усилия медицинских работников, поскольку содействует самообслуживанию и самопомощи.

 Дополнительная информация:
<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

ГЛОБАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

Всем пожилым людям может пойти на пользу консультация по вопросам физической активности, рекомендованная для соответствующего возраста, с учетом состояния здоровья. В этой вставке обобщены глобальные рекомендации ВОЗ по физической активности для лиц в возрасте 65 лет и старше.

- ✓ В течение каждой недели необходимо выполнение аэробной физической нагрузки умеренной интенсивности общей продолжительностью не менее 150 минут либо высокой интенсивности общей продолжительностью не менее 75 минут, либо в эквивалентном сочетании.
- ✓ Продолжительность отдельного сеанса не должна быть менее 10 минут.
- ✓ Дополнительную пользу могут принести аэробные упражнения умеренной интенсивности общей продолжительностью 300 минут в неделю или упражнения высокой интенсивности продолжительностью 150 минут в неделю, либо в эквивалентном сочетании.
- ✓ Следует выполнять упражнения на укрепление мышц два дня в неделю или чаще.
- ✓ При низком уровне двигательной активности следует выполнять упражнения на развитие равновесия не реже, чем трижды в неделю.
- ✓ При невозможности выполнять рекомендуемый объем физической нагрузки следует поддерживать ее максимально возможный уровень.

 <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>



ОЦЕНКА И РАБОТА С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

★ 5.3 ПОЛИПРАГМАЗИЯ

Ряд препаратов может ухудшить двигательную активность или сказаться на равновесии, при этом необходимость их назначения конкретному человеку или их эффективность у конкретного человека может быть крайне малой (8). К числу таких препаратов относятся, в том числе:

- противосудорожные средства;
- бензодиазепины;
- небензодиазепиновые снотворные средства;
- трициклические антидепрессанты;
- антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС);
- антипсихотики;
- опиоиды.

Выраженность полипрагмазии можно снизить за счет исключения ненужных, неэффективных препаратов, а также препаратов, которые дублируют действие друг друга.

В случае сомнения относительно возможности безопасной отмены какого-либо из препаратов, следует получить консультацию специалиста соответствующего профиля.

★ 5.4 БОЛЬ

Оценка боли. Выраженная боль, которая провоцируется движениями, может ограничивать или полностью исключать возможность выполнения физических упражнений. Оценка выраженности боли, связанной с двигательной активностью, может оказаться полезной как для разработки программы упражнений, так и для лечения боли. Можно воспользоваться кратким инструментарием, посвященным проблеме боли: [https://www.aci.health.nsw.gov.](https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf)

[au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0015/212910/Brief_Pain_Inventory_Final.pdf)

Лечение боли (9). Заболевания опорно-двигательного аппарата, которые снижают уровень двигательной активности, часто сопровождаются персистирующей болью. Впрочем, специфические биологические причины возникновения персистирующей боли редко удается достоверно определить. Согласно передовой практике, подход к лечению боли должен включать воздействие на целый ряд факторов, вносящих вклад в возникновение боли: физические факторы (такие как сила мышц, объем движений и выносливость), психологическое благополучие, питание и сон. В случаях, когда боль оказывается значительным препятствием для осуществления двигательной функции и деятельности, медицинский работник, обладающий специальными познаниями в области лечения боли, должен разработать план лечения боли.

Мероприятия для купирования болевого синдрома должны включать:

- самопомощь; → 5.2
- упражнения и другую физическую активность;
- прием препаратов, начиная от парацетамола и нестероидных противовоспалительных препаратов до габапентина и опиоидов;
- мануальную терапию, например, массаж, манипуляции на суставах и мобилизацию суставов;
- психотерапию и когнитивную поведенческую терапию (см. Главу 9, посвященную симптомам депрессии); → 9
- акупунктуру;
- спинальные инъекции/эпидуральные инъекции;
- радиочастотную денервацию.

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности

Ряд этих мероприятий может осуществляться на уровне общины. Другие могут потребовать направления в крупные учреждения.

5

СПОСОБНОСТЬ К ДВИЖЕНИЮ

Схемы организации ухода для улучшения двигательной активности

Риск падений может возрастать при снижении индивидуальной жизнеспособности любого рода. Физические свойства среды проживания человека, а также способы выполнения им различных задач или ведения активности также являются значимыми факторами.

Помимо оценки физического окружения, оценка риска падений включает в себя:

- сбор анамнеза падений, включая подробности происходившей в тот момент деятельности;
- оценка походки, равновесия, подвижности, функции и гибкости мышц и суставов;
- выявление боязни падений, оценка зрения, когнитивной функции, состояния сердечно-сосудистой и нервной систем, выявление острых позывов на мочеиспускание или никтурии (пробуждение ночью с целью помочиться); а также
- изучение списка назначенных препаратов на предмет полипрагмазии (см. Главу 3, посвященную проведению оценок и разработке плана ухода).

Некоторым людям потребуется дальнейшая диагностика и лечение таких расстройств, как синкопальные состояния (обмороки), эпилепсия и нейродегенеративные расстройства, например, болезнь Паркинсона.



ОЦЕНКА И РАБОТА С СОЦИАЛЬНЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОКРУЖЕНИЕМ

Некоторым лицам с ограничением двигательной активности может потребоваться помощь в повседневной деятельности. Первым этапом является оценка потребностей в социальной помощи (см. Главу 10). К особым потребностям в социальной помощи у пожилых людей, страдающих утратой двигательной активности, могут относиться потребности, выявленные при оценке характеристик физического окружения или при оценке потребности в ассистивных устройствах. Программа упражнений может помочь в профилактике падений.

При условии специальной подготовки общинный медико-санитарный работник или работник лечебного учреждения может оценить особенности домашней обстановки пожилого человека. При невозможности осуществления визита медицинский работник первичного звена может дать пожилому человеку или лицу, осуществляющему уход, рекомендации общего характера в отношении того, как создать безопасную обстановку дома.

Полномасштабная оценка и управление рисками падений требует специальных познаний.

★ 5.5 ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО ОКРУЖЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПАДЕНИЙ

Оценка физического окружения предполагает изучение домашней обстановки с целью выявления вероятных угроз и выработки решений. Примеры возможных решений: упорядочить предметы обстановки, убрать незакрепленные коврики, выровнять уровень пола и устранить ступенчатые переходы, переставить мебель таким образом, чтобы получился широкий удобный проход, улучшить качество освещения и доступ в туалетную комнату, особенно в ночное время (например, прикрепив к стене поручни). Организация пологого подъема перед главным входом поможет людям, пользующимся креслами-колясками и всем тем, кто испытывает затруднения при пользовании лестницами. Наиболее важные изменения в окружающей обстановке будут определяться конкретными ограничениями двигательной активности пожилого человека.

★ 5.6 РАССМОТРЕТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ АССИСТИВНЫХ УСТРОЙСТВ И ПРЕДОСТАВИТЬ ИХ

Людам с ограничением двигательной активности для передвижения могут потребоваться ассистивные устройства. Ассистивные устройства – это такие устройства, которые в первую очередь предназначены для поддержания или улучшения функциональной способности человека, а также повышения уровня его самостоятельности, социальной вовлеченности и общего благополучия (10). К этим изделиям относятся трости, костыли, ходунки, кресла-коляски, а также протезы и ортезы. Выбор может быть ограничен наличием и стоимостью, однако медицинский работник с познаниями в области физиотерапии, при его доступности, может порекомендовать наиболее подходящий вариант соответствующего изделия и проинструктировать в отношении безопасного применения.

6

БОДРОСТЬ

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания



ВОЗ пользуется термином «бодрость» для описания физиологических факторов, являющихся составной частью индивидуальной жизнеспособности человека. К ним могут относиться энергетический баланс организма и обмен веществ. В данном руководстве подробно освещена одна важная причина снижения бодрости у пожилых – нарушения питания.

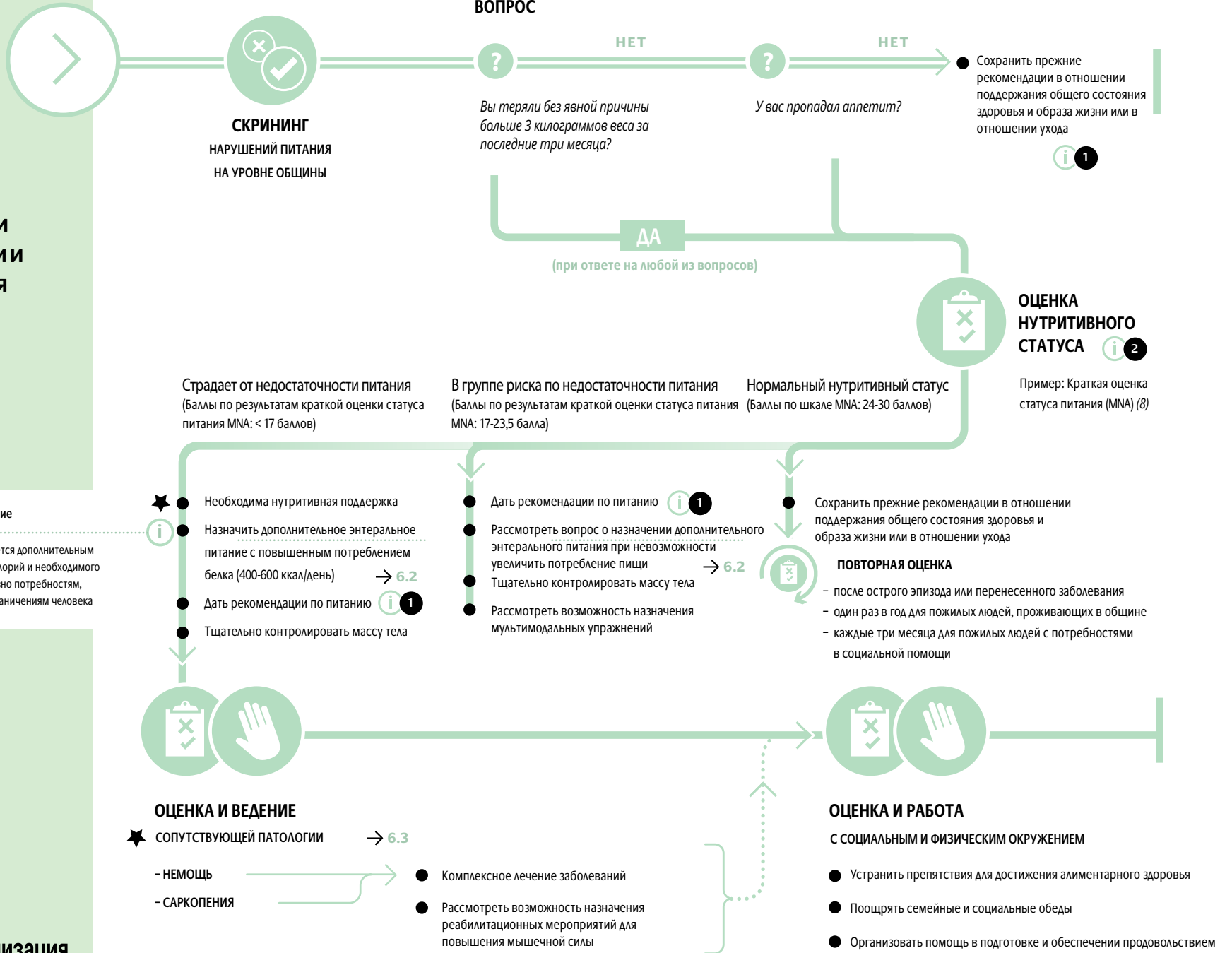
ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Работники здравоохранения первичного звена могут без труда провести первичную оценку нутритивного статуса. Такая оценка должна входить в любую характеристику состояния здоровья пожилого человека. Полная оценка нутритивного статуса требует специальных познаний и, иногда, исследования анализов крови.
- Как нерациональное питание, так и недостаток физической активности приводят к утрате мышечной массы и силы.
- Сбалансированный рацион в необходимом объеме, как правило, обеспечивает пожилых людей достаточным количеством витаминов и минералов, впрочем, дефицит витаминов D и B12 не является редкостью.
- Нарушения питания зачастую приводят к потере веса, однако не всегда. Жировая масса может заместить мышечную массу, при этом масса тела останется неизменной.
- Еще одним аспектом нарушений питания является ожирение, которое не рассматривается в рамках данного руководства.

6

БОДРОСТЬ

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания





РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПИТАНИЮ

- Работники первичного звена могут выдать пожилым людям рекомендации и поощрить применение здорового рациона питания. Эти рекомендации могут оказаться полезными для всех пожилых, включая лиц, находящихся в группе риска или страдающих от недостаточности питания, независимо от потребности в специализированной помощи. Придерживаться здорового питания проще тем людям, которые ежедневно ведут дневник своего рациона, отмечая пищу, принятую в основные приемы и между ними.
- Следует помочь пожилым людям выбрать доступную в месте проживания пищу, которая обеспечивает необходимое поступление энергии (углеводы), белков и микронутриентов, таких как витамины и минералы. Следует выдать рекомендации по соразмерному количеству такой пищи.
- Поскольку усвоение белка снижается с возрастом, пожилым людям следует выдать рекомендации по его обильному потреблению. Для здоровых пожилых людей рекомендуется потребление белка в количестве 1,0-1,2 г на килограмм массы тела. В период восстановления после потери массы тела, острого заболевания или травмы потребности могут доходить до 1,5 г на килограмм массы тела. Следует проводить контроль функции почек, поскольку высокое потребление белка может приводить к повышению внутриклубочкового давления и клубочковой гиперfiltrации.
- Следует рекомендовать физическую активность, которая позволяет использовать белки в качестве строительного материала для мышц, а также стимулирует аппетит.
- Следует поощрять пребывание на солнце для синтеза витамина D. Пожилым людям не достаточно поступающего с пищей витамина D для поддержания его оптимального уровня. Необходимо выполнение анализов крови для определения уровня витамина D у конкретного человека.
- Зачастую пожилые люди не потребляют достаточного количества пищи. С тем чтобы содействовать более высокому потреблению пищи пожилым человеком, следует предлагать семейные обеды и социальные обеды, в особенности, для пожилых людей, проживающих самостоятельно или находящихся в социальной изоляции.

ВАЖНО!!

Медицинский работник должен информировать как членов семьи и других лиц, осуществляющих уход, так и самого пожилого человека.

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

Общинные медико-санитарные работники и медицинские работники первичного звена могут дать рекомендации и оказать поддержку, помогая всем пожилым людям поддерживать здоровый рацион. Лицам с нарушениями питания или находящимся в группе риска требуется поставщик услуг, обладающий специализированными познаниями, с тем чтобы выявить причины и факторы риска, а также назначить индивидуальный план питания.

По показаниям следует провести или направить человека на углубленное обследование по поводу патологических состояний, которые могут лежать в основе или приводить к нарушению питания – даже если текущий нутритивный статус кажется нормальным. К возможным признакам таких патологических состояний относятся снижение мышечной массы, быстрая потеря массы тела, боль в полости рта, боль при глотании или затруднение глотания, хроническая рвота или диарея, а также абдоминальная боль.



ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

В оценке нутритивного статуса может помочь ряд действенных инструментов (11).

- Краткая оценка статуса питания (MNA) (8)
- Оценка риска нарушений питания DETERMINE (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)
- Универсальный инструмент скрининга нарушений питания (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)
- Оценка риска, связанного с питанием, для пожилых людей в общине и опросник по питанию (<https://www.flintbox.com/public/project/2750/>)
- Краткий опросник для оценки статуса питания 65+ (SNAQ65+) (<http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools>).

6

БОДРОСТЬ

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания

В схеме организации помощи на противоположной странице применяется краткая оценка статуса питания (MNA).

6

БОДРОСТЬ

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания



ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА

Большая часть инструментов для оценки нутритивного статуса предусматривает ответы на следующие вопросы:

- потребление пищи и жидкости;
- недавняя потеря веса (тот же вопрос, что и для скрининга);
- двигательная активность;
- недавно перенесенный психологический стресс или остро протекающее заболевание;
- психологические проблемы;
- бытовые условия.

Кроме того, в них учитываются:

- масса тела;
- рост;
- индекс массы тела (ИМТ – масса тела в кг/рост в см²);
- окружность плеча и голени.

СОСТАВ ТЕЛА И СТАРЕНИЕ

Как правило, в возрасте около 70 лет мышечная масса может уменьшаться, что сказывается важным и, вероятно, отрицательным образом на бодрости. Как нерациональное питание, так и недостаток физической нагрузки приводят к утрате мышечной массы и силы.

В то же время, жировая масса тела может возражать. Масса тела может снижаться или оставаться на прежнем уровне, маскируя вероятные отрицательные изменения. **Таким образом, человек с недостаточностью питания может утратить полезный объем тканей, формирующих безжировую массу тела, и при этом иметь ИМТ в приемлемом диапазоне или даже в диапазоне, соответствующем избыточной массе тела.**

Подготовленный неспециалист может достоверно оценить функцию мышц и, соответственно, недостаточность потребления белка с пищей при помощи такого инструмента как ручной динамометр, определяющий силу хвата. Данное устройство определяет, насколько сильно испытуемый может сжать его одной рукой. Низкая сила хвата указывает на необходимость выполнения физических упражнений и потребления питания, более богатого белком.



ВЕДЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ПОЖИЛЫХ

Сенсорные нарушения (снижение вкусовых ощущений и обоняния), ухудшение состояния полости рта, например, проблемы с жеванием и затруднения глотания, изоляция, одиночество, низкий уровень дохода и длительное течение нескольких расстройств здоровья повышают риск нарушений питания в пожилом возрасте.

6.1 ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ

Пожилым людям с риском нарушений питания (например, 17-23,5 балла по опроснику MNA) могут пойти на пользу рекомендации в отношении питания (см. вставку на стр. 35). Лицам с риском возникновения нарушений питания также предпочтительно назначить нутритивную поддержку для профилактики развития нарушений питания.

6.2 ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ИМЕЮЩИХ НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

У лиц с выявленными нарушениями питания (например, менее 17 баллов по опроснику MNA) необходимо безотлагательно начинать нутритивную поддержку. Работник здравоохранения первичного звена может дать стандартные рекомендации в отношении питания (см. вставку на стр. 35). Необходимо, чтобы специально подготовленный медицинский работник как можно скорее дал собственные рекомендации в отношении питания и, при необходимости, назначил дополнительное энтеральное питание (см. ниже).

Данное мероприятие должно стать частью всеобъемлющего плана ухода, нацеленного на основные факторы, вследствие которых развивается недостаточность питания, наряду с иными мероприятиями, нацеленными на другие компоненты индивидуальной жизнеспособности, такие как ограничение двигательной активности. В частности, надлежащее потребление калорий и белка повысит эффективность программ мультимодальных физических упражнений (см. Главу 5, посвященную ограничению двигательной активности). → 5

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Дополнительное энтеральное питание обеспечивает дополнительное поступление высококачественного белка, калорий и необходимого количества витаминов и минералов. Для разработки плана дополнительного энтерального питания, индивидуально подобранного под нужды, вкусовые предпочтения и физические ограничения конкретного лица, требуются специальные познания. Проведение оценки позволяет подобрать наилучший метод дополнительного питания, будь то за счет пищи богатой питательными веществами, витаминных или минеральных добавок в виде таблеток или специализированных

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания

6

БОДРОСТЬ

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания

коммерческих продуктов или некоммерческих питательных смесей. Общинный медико-санитарный работник может оказывать поддержку и вести мониторинг пациента, находящегося на дополнительном энтеральном питании (см. вставку).

Дополнительное энтеральное питание должно назначаться только в тех случаях, когда человек не может потреблять достаточное количество обычной пищи с необходимой энергетической ценностью и содержанием питательных веществ или когда дополнительное энтеральное питание является временной мерой в дополнение к обычным методикам наращивания потребления калорий с пищей.

Анализ крови

Данные анализа крови ложатся в основу разработки индивидуального плана питания. Анализ крови позволяет выявить недостаток отдельных витаминов и минералов. Специализированные комплексы для перорального или инъекционного приема могут устранить этот недостаток. Например, для устранения частого дефицита витаминов D и B12 необходимы таблетированные или инъекционные препараты.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- ✓ В первую очередь необходимо уделять внимание рациону. За исключением случаев, когда переход на дополнительное энтеральное питание нужен незамедлительно, в первую очередь следует по возможности улучшить качество рациона и увеличить кратность приемов пищи.
- ✓ Дополнительное энтеральное питание является добавкой к пище. Оно не является заменой пищи. Важно, чтобы человек, которому назначено дополнительное энтеральное питание, осознавал необходимость продолжения как можно более плотного питания обычной пищей.
- ✓ При назначении дополнительного энтерального питания необходимо инструктировать пожилого человека о том, каким образом готовить смесь, какое ее количество принимать за один раз и в какое время.
- ✓ Дополнительное энтеральное питание употребляют между приемами пищи, но не одновременно с пищей.
- ✓ Зачастую человеку, которому назначено дополнительное энтеральное питание, необходима постоянная поддержка и поощрение приема такого питания (со стороны членов семьи, лиц, осуществляющих уход, и медицинских работников) а также акцент на необходимости продолжать как можно более интенсивно питаться обычной пищей.
- ✓ По прошествии определенного времени вкус и консистенция одного и того же препарата для дополнительного энтерального питания может надоедать. В таком случае полезно периодически разнообразить вкус препарата и заменять его другим.
- ✓ На регулярной основе необходимо контролировать и фиксировать показатель массы тела.
- ✓ В идеальном случае необходимо стремиться к отмене дополнительного энтерального питания, как только минует риск нарушений питания, а рацион будет обеспечивать необходимую потребность в питательных веществах.

Схемы организации ухода для коррекции нарушений питания



ОЦЕНКА И РАБОТА С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

★ 6.3 САРКОПЕНИЯ И СТАРЧЕСКАЯ НЕМОЩЬ

Саркопения и старческая немощь – это расстройства, которые могут быть связаны с неудовлетворительным питанием. Мероприятия по изменению образа жизни, включая улучшение питания и физические упражнения, могут воздействовать на обе эти проблемы.

Саркопения. Этим термином описывают генерализованную и прогрессирующую потерю мышечной массы, силы и функции. Причинами могут быть заболевания, неудовлетворительное питание или недостаток физической активности (например, продолжительное пребывание в постели), либо данное состояние может возникать без очевидных причин и быть связанным с процессом старения.

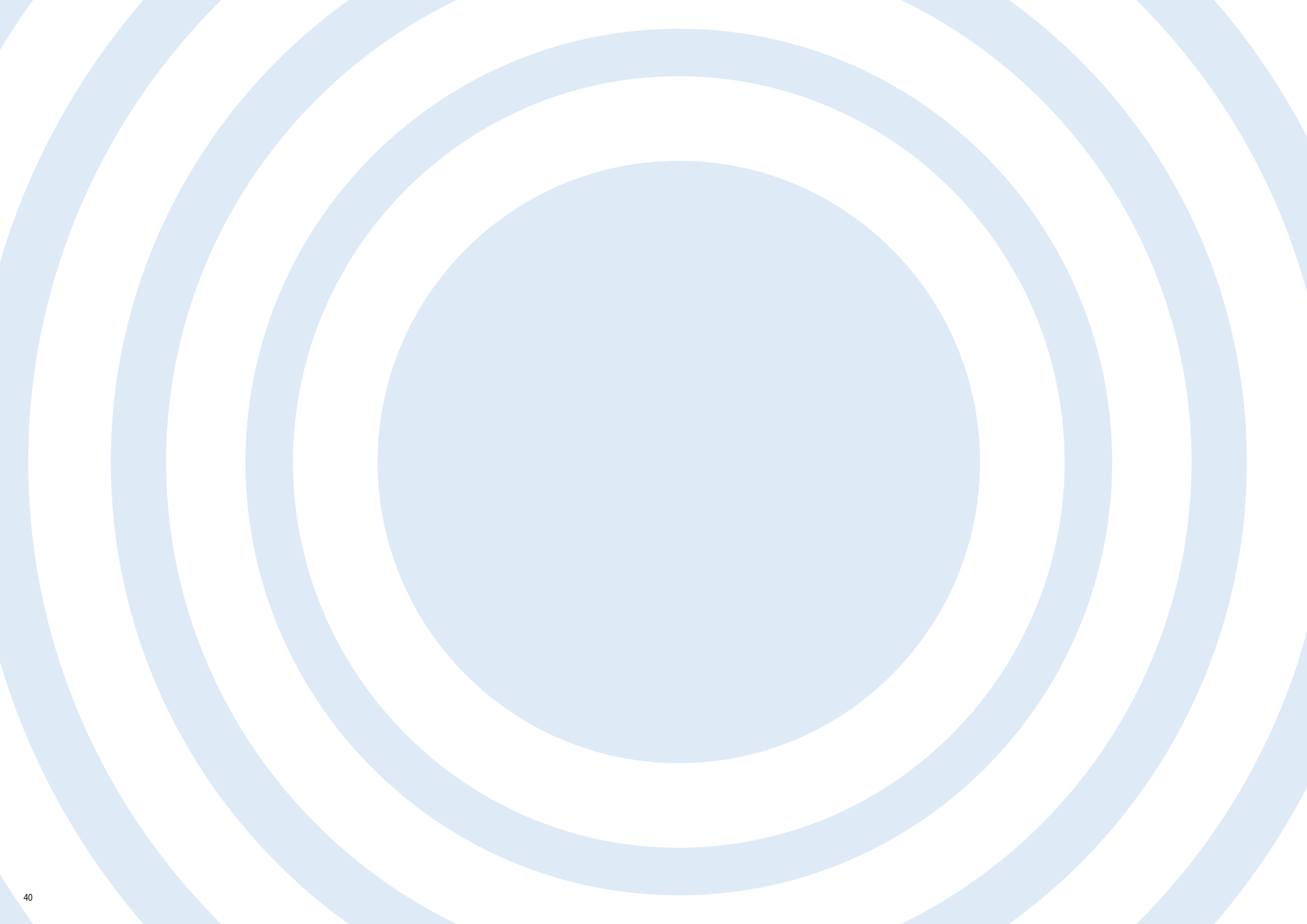
Старческая немощь. Под этим понятием может подразумеваться потеря массы тела, мышечная слабость, низкий уровень физической активности, утомляемость и медлительность (например, медленное перемещение шагом). Причинами могут быть физический или психологический стресс, например травма, заболевания или утрата любимого человека. Немощный человек может утрачивать функциональные способности и становится зависимым от посторонней помощи.



ОЦЕНКА И РАБОТА С СОЦИАЛЬНЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОКРУЖЕНИЕМ

Лица, осуществляющие уход, и представители общин могут содействовать в преодолении препятствий к достижению алиментарного здоровья пожилыми людьми. Например, общинные учреждения могут организовать социальные обеды для пожилых людей.

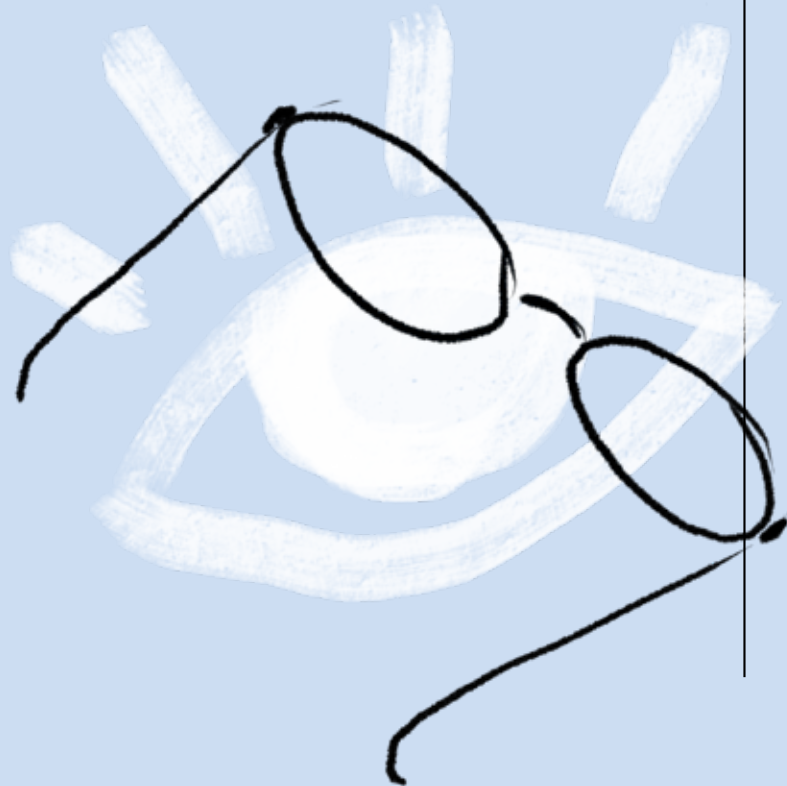
Общинные работники здравоохранения могут со своей стороны содействовать в обеспечении доступа в продовольственные магазины, в получении помощи в управлении финансами или в доступе к источникам пособий, могут содействовать в получении помощи при приготовлении пищи или получении готовой пищи, например, через общинную кейтеринговую службу.



7

ЗРЕНИЕ

Схемы организации ухода при ухудшении зрения



Зрение является важным компонентом индивидуальной жизнеспособности и позволяет людям быть мобильными, а также безопасно взаимодействовать с другими людьми и предметами окружающей обстановки. С возрастом все чаще отмечается действие ряда факторов, вызывающих ухудшение зрения: близорукость и дальнозоркость, катаракты, глаукома и дегенерация макулы.

Нарушения зрения могут создавать трудности для поддержания семейных и других взаимоотношений, доступа к информации, безопасного передвижения (в особенности, имея в виду удержание равновесия и риск падений), а также при выполнении ручной работы. Из-за этих трудностей может возникать тревожность и депрессия.

Оценка зрения является важной составляющей оценки, ориентированной на индивидуальные нужды человека.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- При помощи простой таблицы для проверки остроты зрения работники здравоохранения первичного звена, а также общинные работники здравоохранения могут провести обследование на предмет выраженной потери зрения.
- У многих людей расстройства, связанные с потерей зрения, поддаются коррекции. Важно расспросить о наличии, оценить или достоверно установить наличие заболевания органа зрения.
- Очки часто могут помочь в коррекции снижения ближнего зрения или зрения вдаль.
- Вспомогательные устройства (увеличительные стекла, телескопические очки) могут помочь лицам с такими нарушениями зрения, которые не поддаются коррекции при помощи обычных очков.
- Дома и на уровне сообщества простые меры, например, улучшение уровня освещенности, могут повысить функциональную способность пожилых людей с ухудшением зрения.

7

ЗРЕНИЕ

Схемы организации ухода при ухудшении зрения

Ухудшение дальнего зрения всегда требует направления на полноценное лечение

НАРУШЕНИЕ ЗРЕНИЯ (14)

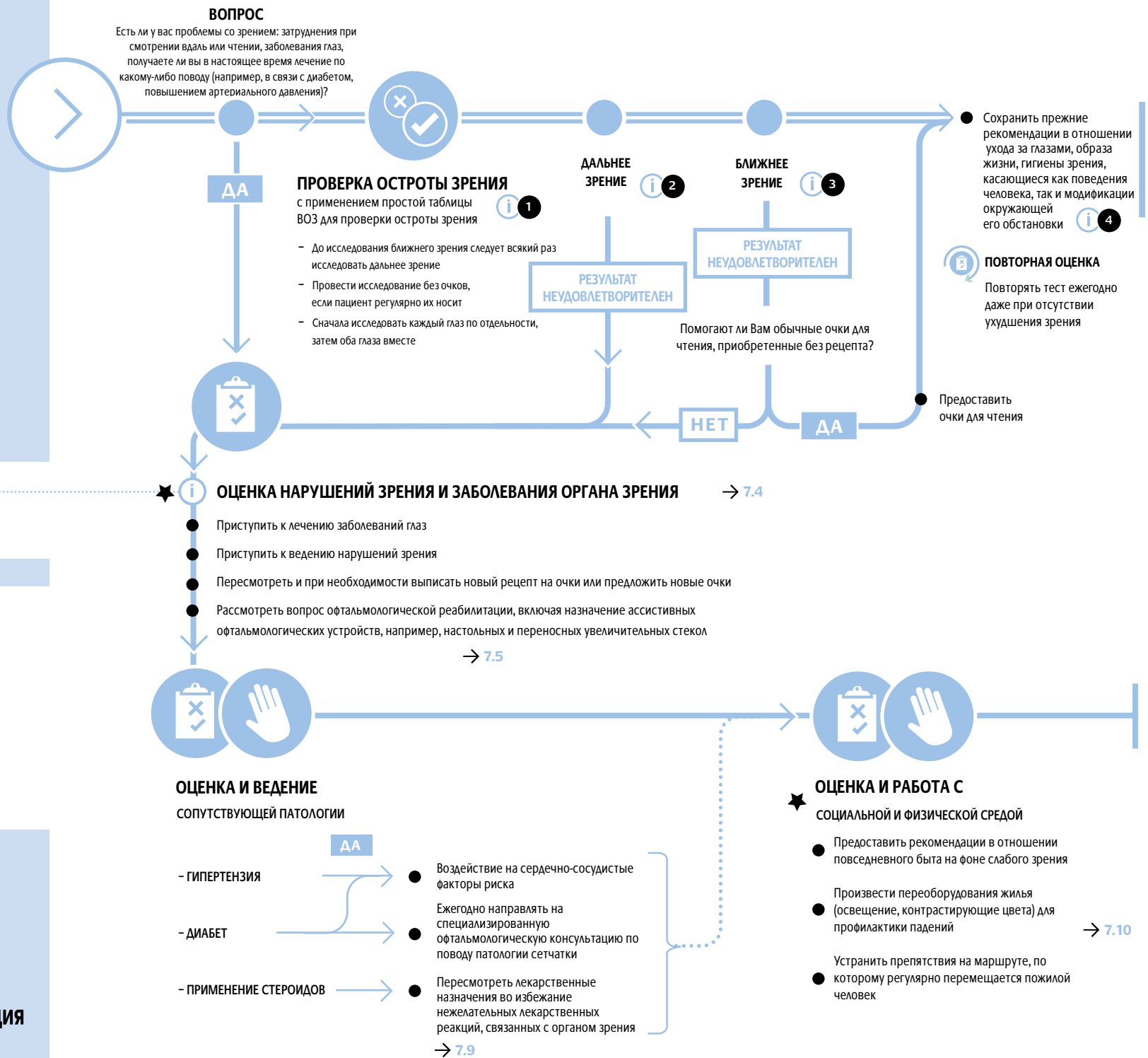
Ухудшение дальнего зрения:

- легкое – острота зрения ниже 6/12
- умеренное – острота зрения ниже 6/18
- тяжелое – острота зрения ниже 6/60
- слепота – острота зрения ниже 3/60.

Ухудшение ближнего зрения:

- острота зрения вблизи ниже N6 или M.08 на фоне существующей коррекции.

★ Требуется специализированная помощь



Схемы организации ухода
при ухудшении зрения

M



E



W



E



КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

При наличии установленного заболевания глаз или впервые выявленном заболевании специалист-офтальмолог принимает решение о кратности и виде обследований.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ В
ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

- Следует проводить простой скрининг на предмет ухудшения зрения не реже одного раза в год для лиц в возрасте 50 лет и старше.
- Скрининговое исследование дальнего и ближнего зрения может производиться с применением простой таблицы ВОЗ для проверки остроты зрения.

Инструкции приведены справа.

- Скрининговое исследование может проводить поставщик услуг здравоохранения в первичном звене.

Для этого не требуется официальной подготовки в области оценки качества офтальмологической помощи (13).

- В случае если обычных очков для чтения, приобретенных без рецепта, достаточно для решения имеющихся проблем со зрением, полное офтальмологическое обследование может не требоваться.



ГИГИЕНА ЗРЕНИЯ

Гигиена зрения зависит как от поведения самого человека, так и от характеристик окружающей его среды.

Факторы окружающей среды и различные виды поведения могут как помогать зрительному восприятию (например, освещение, контраст, использование различных цветов), так и вредно сказываться на нем (например, продолжительный просмотр цифрового контента, продолжительное использование ближнего зрения).

К личной гигиене относится целый спектр видов поведения, которые способствуют гигиене органа зрения, например, частое мытье рук, избегание потирания глаз, использование для умывания только щадящего мыла и отказ от косметических средств, наносимых на область глаз.



ИССЛЕДОВАНИЕ ДАЛЬНОГО ЗРЕНИЯ

С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТОЙ ТАБЛИЦЫ ВОЗ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ

Продемонстрируйте вблизи, что при выполнении пробы с изображениями символа «Е» необходимо указывать, в какую сторону обращен каждый символ. Оцените дальнее и ближнее зрение и определите наименьший размер символа «Е», который человек зрительно различает.

1. Выполните пробу с расстояния 3 м., используя изображение четырех малых символов «Е». 7.1

Зрение в норме (6/18 и выше), в случае если человек зрительно различает, в какую сторону обращены по меньшей мере три из четырех символов «Е». В случае если человек зрительно не различает по меньшей мере три больших символа «Е», проба с большими символами «Е» на расстоянии 3 метров.

2. Проба с большими символами «Е» на расстоянии 3 метров. 7.2

В случае если человек зрительно различает символы «Е», острота зрения составляет 6/60.

В случае если человек зрительно не различает по меньшей мере три больших символа «Е», проба с большими символами «Е» на расстоянии 3 метров.

3. Проба с большими символами «Е» на расстоянии 1,5 метра. 7.2

В случае если человек зрительно различает символы «Е», острота зрения составляет 3/60.



ИССЛЕДОВАНИЕ БЛИЖНЕГО ЗРЕНИЯ

С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОСТОЙ ТАБЛИЦЫ ВОЗ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ 7.3

Дайте испытуемому возможность рассмотреть карточку для оценки ближнего зрения с удобного для расстояния.

Начинайте проверку с самых больших символов «Е», постепенно переходя к более мелким.

Испытуемый должен предоставить не менее трех правильных ответов касательно ориентации символов, прежде чем перейти к следующей строке.

В случае если испытуемый зрительно различает только самые крупные символы (N48), следует оценить, помогают ли испытуемому обычные очки для чтения, приобретенные без рецепта.

Если такие очки не помогают, пациента следует направить на полное офтальмологическое обследование с определением остроты зрения и последующее лечение. Символы среднего размера (N20) похожи на крупный типографский шрифт в книгах. Самые мелкие символы (N8) похожи на типографский шрифт в книгах и журналах.

7

ЗРЕНИЕ

Схемы организации ухода
при ухудшении зрения

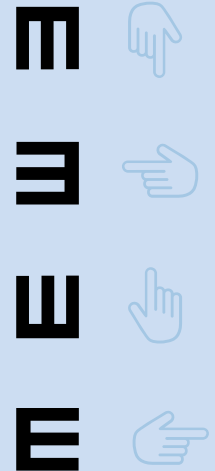


7.1 ПРОСТАЯ ТАБЛИЦА ВОЗ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ (ЧЕТЫРЕ СИМВОЛА В ФОРМЕ СТРОЧНОЙ БУКВЫ «Е» ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗРЕНИЯ ВДАЛЬ)

- Строчные буквы «Е» имеют линейные размеры 1,3 см. х 1,3 см. и отстоят друг от друга на 1,3 см.
- Изображение буквы «Е» равномерно нанесено черным цветом на гладкую белую бумагу.

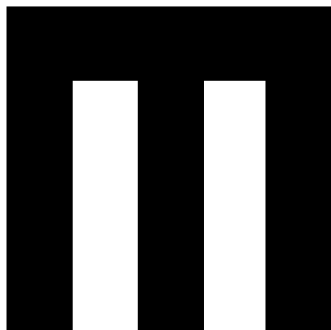
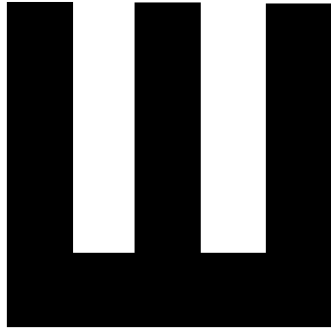


Схемы организации ухода
при ухудшении зрения



7.2 ПРОСТАЯ ТАБЛИЦА ВОЗ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ (ЧЕТЫРЕ ФИГУРЫ В ФОРМЕ ПРОПИСНОЙ БУКВЫ «Е» ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗРЕНИЯ ВДАЛЬ)

- Прописные буквы «Е» имеют линейные размеры 4,2 см. х 4,2 см. и отстоят друг от друга на 4,5 см.
- Изображение буквы «Е» равномерно нанесено черным цветом на гладкую белую бумагу.



7

ЗРЕНИЕ

Схемы организации ухода
при ухудшении зрения



7.3 ПРОСТАЯ ТАБЛИЦА ВОЗ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОСТРОТЫ ЗРЕНИЯ (БЛИЖНЕЕ ЗРЕНИЕ)

Ш Э Е Ш

Е Ш Э М

Ш Э Ш



ОЦЕНКА

НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

7

ЗРЕНИЕ

Схемы организации ухода при ухудшении зрения

7.4 ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

- Внезапная или быстро прогрессирующая потеря зрения на один или оба глаза требует первичного офтальмологического осмотра и оценки зрительной функции, а также направления к профильному специалисту.
- Обследовать орган зрения может специалист первичного звена. При наличии изменений, таких как покраснение глаз, выделения из глаз, рубцы, болевой синдром, непереносимость солнечного света или катаракта, необходима консультация специалиста по заболеваниям глаз (офтальмолога или оптометриста).
- Специалист первичного звена может обследовать орган зрения на предмет проявлений характерных заболеваний глаз. Как правило, такое обследование не является полным и требует дальнейшего осмотра специалистом. Если проявления любого из перечисленных выше расстройств зрения продолжают сохраняться, рекомендуется специализированная офтальмологическая помощь.
- Пожилой человек может рассматривать объекты вблизи при помощи очков для чтения. Однако подобные очки могут помочь далеко не всем. Например, лицам с дальнозоркостью или астигматизмом необходимы очки, выписанные специалистом по результатам обследования.
- Стандартное диагностическое обследование предполагает выполнение процедуры специалистом, при этом для подробного исследования органа зрения используется щелевая лампа. Применение лампы позволяет, например, выявить катаракту и принять решение о необходимости хирургического вмешательства. Обследование сетчатки и зрительного нерва требует применения других инструментов, а иногда – проведения визуализации для выявления ранних изменений и подбора терапии, нацеленной на профилактику потери зрения. Регулярное обследование сетчатки особенно важно для лиц с диабетом.

★ КАТАРАКТА

Катаракта – это помутнение хрусталика глаза, которое мешает ясному зрению и часто связано с процессом старения. Катаракта по-прежнему остается ведущей причиной слепоты. Снижение потребления табака и ограничение воздействия ультрафиолетового излучения может препятствовать развитию катаракты или отсрочить ее возникновение. Диабет и ожирение являются дополнительными факторами риска.

Поскольку операция по поводу катаракты безопасна и позволяет восстановить зрение, нарушений зрения и слепоты вследствие катаракты можно избежать.

Схемы организации ухода при ухудшении зрения



ВЕДЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЗРЕНИЯ

7.5 ОЧКИ ДЛЯ ЧТЕНИЯ

Многие лица в возрасте 50 лет и старше испытывают затруднения при рассмотрении предметов и чтении на близком расстоянии. Таким людям могут помочь очки для чтения.

Обычные очки для чтения доступны по цене. Как правило, можно найти целый ассортимент моделей с разной степенью увеличения. Очки для чтения увеличивают изображение близко расположенных объектов. В случае, если обычные очки для чтения не могут помочь, рекомендуется проведение полного обследования органа зрения и его функции.

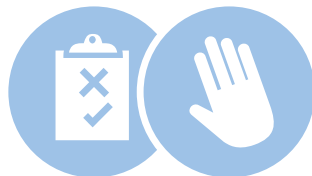
По возможности, всем лицам в возрасте от 50 лет и старше следует проводить регулярное специализированное офтальмологическое обследование. Простые тесты на определение остроты зрения и пробы с чтением текста не являются заменой полному специализированному офтальмологическому обследованию.

7.6 НЕОБРАТИМОЕ СНИЖЕНИЕ ЗРЕНИЯ

У многих людей имеется такое снижение зрения, при котором специально изготовленные очки не позволяют добиться достаточной степени коррекции. Таким людям могут пригодиться вспомогательные устройства, например, настольные или переносные увеличительные стекла, которые дают большее увеличение по сравнению с очками. Благодаря этим приспособлениям становятся возможными те виды деятельности, где требуется зрение вблизи, например, чтение книги или газеты, подсчет наличных денег, чтение этикеток, рассмотрение мелких предметов или элементов крупных предметов.

Общинные работники здравоохранения или специалисты по реабилитации могут помочь людям, нуждающимся в получении таких устройств.

★ **Реабилитация зрительных функций.** Для лиц с необратимым снижением зрения будут полезными услуги по всесторонней реабилитации зрительных функций, которые включают психологическую поддержку, а также упражнения на улучшение ориентированности, двигательной активности и выполнение повседневных бытовых действий. Офтальмологи и специалисты по реабилитации зрительных функций могут обучить людей со снижением зрения навыкам, которые позволят больше полагаться на зрение: осознание зрительного стимула, фиксация на нем, изучение взглядом и слежение за стимулом. Как правило, эти навыки необходимы для эффективного применения увеличительных стекол, хотя могут пригодиться и в других обстоятельствах.



ОЦЕНКА И РАБОТА С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

7.7 ГИПЕРТЕНЗИЯ

Гипертензия является важным фактором риска развития заболеваний сетчатки и глаукомы.

7.8 ДИАБЕТ

Лицам с диабетом необходимо ежегодно проходить специализированное офтальмологическое обследование на предмет диабетической ретинопатии.

7.9 ПРИМЕНЕНИЕ СТЕРОИДОВ

У ряда людей длительная терапия стероидами может приводить к повышению давления в глазном яблоке (внутриглазное давление) или приводить к возникновению катаракты. В связи с таким повышением давления может развиваться потеря зрения, при которой происходит повреждение зрительного нерва, и в отсутствие лечения может возникать слепота. Лицам, получающим длительную терапию стероидами, требуется регулярное проведение офтальмологического обследования и определение внутриглазного давления.

7

ЗРЕНИЕ

Схемы организации ухода
при ухудшении зрения

Схемы организации ухода при ухудшении зрения



ОЦЕНКА И РАБОТА С СОЦИАЛЬНЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОКРУЖЕНИЕМ

Существует немало способов улучшить функциональные возможности людей со снижением зрения. Оказать содействие могут члены семьи и лица, осуществляющие уход. В зависимости от обстоятельств на местах необходимо адаптировать данные рекомендации к локальному контексту в смысле конкретизации рекомендаций о получении вспомогательных оптических приспособлений и необходимых услуг.

7.10 АДАПТАЦИЯ К СНИЖЕНИЮ ЗРЕНИЯ

Помимо снабжения вспомогательными оптическими приспособлениями, существуют простые меры, благодаря которым можно помочь людям со снижением зрения поддерживать уровень активности и, таким образом, качество жизни. Одним из возможных вариантов является изменение домашней обстановки и обстановки в местах, где обычно перемещается пожилой человек, чтобы обезопасить и упростить привычные занятия и досуг. Ниже приведен ряд примеров.

Улучшение освещения. Хорошее освещение крайне важно при рассмотрении близко расположенных предметов. Лучше всего подойдет расположение источника света сбоку от человека, так чтобы при этом не создавалось тени.

Устранение бликов. Яркий свет, как правило, обладает преимуществами. Однако отблески солнца или яркие блики могут мешать некоторым людям.

Устранение физических препятствий. Опасные предметы, например, мебель и другие твердые предметы, можно передвинуть, чтобы они не создавали препятствий при перемещении по одному и тому же маршруту, а при необходимости нахождения таких предметов на конкретном месте, наоборот, можно сделать их размещение постоянным.

Создание контрастности. Хорошее контрастирование различных частей одного объекта, а также различных объектов между собой упрощает зрительную идентификацию и нахождение объектов, а также препятствует столкновению с ними. Например, можно обозначать яркими цветами края ступеней (в особенности для лиц с одним зрячим глазом), использовать цветные тарелки, которые отличаются по цветовому контрасту от пищи, и пользоваться пастой черного цвета при письме. Лица со сниженным зрением, члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут раскрасить ручки хозяйственной и кухонной утвари для ее лучшего зрительного различения и повышения степени безопасности: например, можно обернуть ручку ножа яркой изоляционной лентой или раскрасить ее.

Применение наиболее удобного шрифта для чтения. Для чтения печатных изданий и текста на электронном дисплее компьютера или телефона самым удобным является крупный шрифт без засечек (такой же, как в данном руководстве), четко выделяющийся на однотонном фоне.

Выбор предметов быта с надписями, сделанными крупным шрифтом и с хорошим контрастированием. Нередко в магазинах продаются продукты, на которых текст и цифры нанесены крупным шрифтом и с хорошим контрастом. Такими примерами могут служить настенные и наручные часы, а также книги, напечатанные крупным шрифтом. Для проведения досуга можно приобрести или изготовить настольные игры с крупными фигурами на крупных досках, игральные карты с крупным шрифтом и изображениями.

Применение устройств со специальными возможностями зрительного и звукового оповещения. Многие имеющиеся в продаже устройства имеют функцию речевого оповещения, например, говорящие часы, термометры и весы. В настоящее время многие мобильные телефоны и компьютерные программы оснащены функцией преобразования текста в речь.

8

СЛУХ

Схемы организации ухода при потере слуха



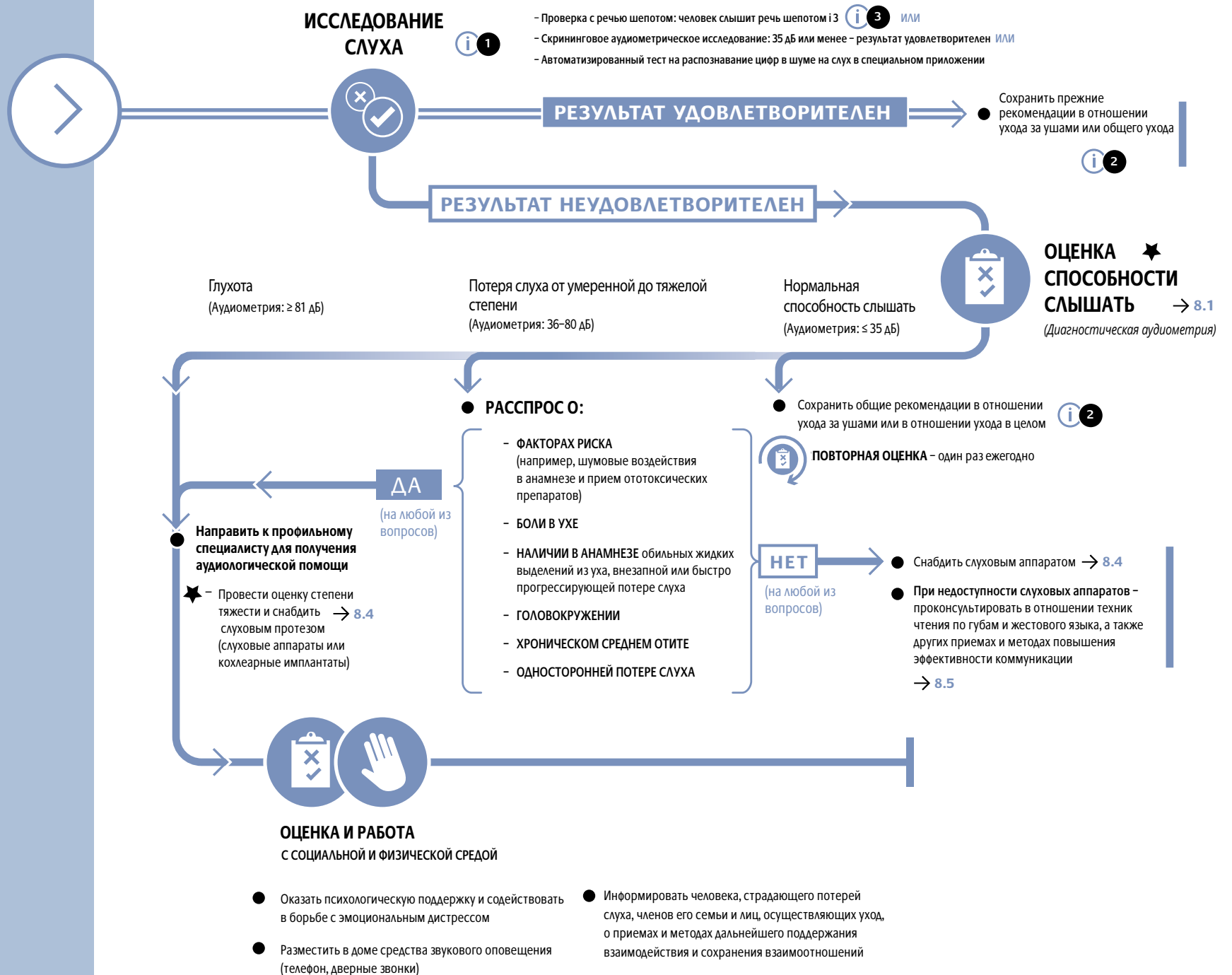
Возрастная потеря слуха, вероятно, является самым частым сенсорным нарушением у пожилых людей. В отсутствие лечения потеря слуха затрудняет коммуникацию и может приводить к социальной изоляции. Ограничение других физических возможностей, например, снижение когнитивных способностей, может усугублять эти социально значимые последствия. Потеря слуха связана со многими другими расстройствами здоровья, включая снижение когнитивных способностей и риск возникновения деменции, депрессии и тревожности, нарушения равновесия, падения, госпитализации и раннюю смерть.

Таким образом, оценка слуха является важным элементом мониторинга индивидуальной жизнеспособности пожилых в общинах. Углубленное исследование слуха также является важной составляющей всесторонней оценки состояния потребностей пожилого человека в услугах здравоохранения и в социальной помощи.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Общинные работники первичного звена здравоохранения и работники медицинских учреждений первичного звена могут проводить скрининг на предмет потери слуха при помощи простых портативных инструментов или исследования восприятия речи шепотом.
- Отрицательные последствия потери слуха можно смягчить за счет принятия простых мер в домохозяйстве и в общине. Стремясь облегчить слуховое восприятие в ходе коммуникации, можно воспользоваться рядом приемов и средств, к которым относится членораздельная речь, поворот лицом к собеседнику в момент обращения к нему и снижение фонового уровня шума.
- Улучшение слуха предполагает использование ассистивных устройств, таких, как слуховые аппараты и кохлеарные имплантаты. Снабжение ими требует специальных познаний и оборудования.

Схемы организации ухода при потере слуха



★ Требуется специализированная помощь

Схемы организации ухода при потере слуха

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

- Оценка состояния человека с выраженной потерей слуха/глухотой.
- Подбор ассистивного слухового устройства.
- Лечение основного заболевания, которое вызывает или усугубляет потерю слуха.



ПРОБА НА ОСТРОТУ СЛУХА

Для начальной оценки применяется одна из трех проб.

ПРОВЕРКА РЕЧЬЮ ШЁПОТОМ

это скрининговый инструмент, позволяющий определить, в норме ли острота слуха у человека или необходима диагностическая аудиометрия.

СКРИНИНГОВАЯ АУДИОМЕТРИЯ (15)

Скрининговую аудиометрию следует выполнять при наличии соответствующего оборудования. При скрининговой аудиометрии предъявляются тоны речевого спектра (от 500 до 4 000 Гц) на максимальном пороге слышимости в норме. Возможные результаты пробы: «результат удовлетворителен» или «направить к специалисту». Показатель 35 дБ или менее свидетельствует о нормальном слухе. Точно определять уровень слуха при помощи этого оборудования может неспециалист после прохождения непродолжительного курса тематической подготовки.

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ТЕСТ НА РАСПОЗНАВАНИЕ ЦИФР В ШУМЕ НА СЛУХ В СПЕЦИАЛЬНОМ ПРИЛОЖЕНИИ

Автоматизированная проверка на распознавание цифр в шуме может применяться для уточнения необходимости диагностической аудиометрии.

Доступно в виде **мобильного приложения** для телефона, например:

hearWHO: <https://www.who.int/deafness/hearWHO>
(бесплатно, на английском языке)

hearZA: <https://www.hearza.co.za/> (бесплатно, на английском языке)

uHear: <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (бесплатно, для пользователей iPhone, на английском, французском, немецком и испанском языках).

Доступно в виде **онлайн-сервиса**, например:

HearCom: http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (бесплатно, на нидерландском, английском, немецком, польском и шведском языках).



ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ В ОТНОШЕНИИ УХОДА ЗА УШАМИ

- **НЕ СЛЕДУЕТ** чистить слуховой проход загрязненными пальцами, приступать к приготовлению пищи или принимать пищу, не вымыв рук
- **СЛЕДУЕТ ВСЯКИЙ РАЗ** мыть руки после посещения туалета
- **НЕ СЛЕДУЕТ** плавать или выполнять гигиенические процедуры в загрязненной воде
- **НЕ СЛЕДУЕТ** ничего вводить в слуховой проход:
 - горячее или холодное масло;
 - средства на основе трав;
 - такие жидкости как керосин.



ПРОВЕРКА С РЕЧЬЮ ШЕПОТОМ

- Встаньте у испытуемого за спиной справа или слева на расстоянии вытянутой руки.
- Попросите человека или ассистента закрыть противоположное ухо, надавив на козелок. (козелок – это выступ в передней части ушной раковины, который частично закрывает отверстие наружного слухового прохода).
- Сделайте выдох и шепотом произнесите четыре слова. Это должны быть самые обычные и не связанные между собой слова.
- Попросите человека повторить эти слова. Следует произносить слова по одному и дожидаться ответа испытуемого. В случае, если испытуемый повторяет больше трех слов и вы уверены, что он (она) вас отчетливо слышит, вероятно, слух испытуемого на это ухо в норме.
- Встаньте с другой стороны от испытуемого и выполните проверку на другом ухе.

Произносите шепотом слова, которые наверняка знакомы человеку. Примеры:

- | | |
|-----------|-------------|
| - фабрика | - рыба |
| - небо | - велосипед |
| - огонь | - сад |
| - номер | - желтый |

8

СЛУХ

Схемы организации ухода при потере слуха



ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЛУХА

★ 8.1 ТРИ ПРОВЕРКУ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОЛНОЙ ОЦЕНКИ

Оценка слуха может включать три теста с использованием специализированного оборудования – диагностическую аудиометрию для определения восприятия чистого тона, речевую аудиометрию и тимпанометрию для оценки состояния среднего уха. Эти тесты могут помочь в выявлении необходимости реабилитации. Выполнение этих проверок требует специальной подготовки.

Тональная аудиометрия. Тональная аудиометрия выявляет способность испытуемого слышать чистые тоны разной частоты (высоты). Исследование представляет собой воспроизведение звуковой записи нарастающей громкости до тех пор, пока испытуемый не начнет ее слышать, благодаря чему будет установлен порог слышимости. Исследование определяет воздушную и костную проводимость звуков с целью оценки порогов слышимости на частотах от 125 Гц (очень низкие) до 8000 Гц (очень высокие). Проверка позволяет определить выраженность и тип потери слуха.

Речевая аудиометрия. Для пожилых людей окажется полезным еще одно исследование – речевая аудиометрия. В ходе теста с нарастающей громкостью воспроизводят аудиозапись, на которой повторяется серия простых слов. Испытуемого просят повторить эти слова, как только он их отчетливо услышит. Данная проверка позволяет перепроверить результаты тональной аудиометрии. Она позволяет определить, соразмерно ли распознавание речи результатам тональной аудиометрии, имеется ли асимметрия речевого восприятия, не выявленная при тональной аудиометрии, а также позволяет определить, для какого уха требуется слуховой аппарат в случае, если пациента снабжают только одним таким устройством.

Тимпанометрия. Наконец, тимпанометрия определяет комплаенс (или подвижность) барабанной перепонки. Эта проверка способна дополнить результаты тональной и речевой аудиометрии в части определения типа нарушения слуха.



ВЕДЕНИЕ ПОТЕРИ СЛУХА

При потере слуха необходимо прибегать как к приемам и средствам повышения эффективности коммуникации, так и к использованию слухопротезирования.

Необходимо вырабатывать оптимальный подход к ведению потери слуха с учетом результатов всесторонней оценки индивидуальной жизнеспособности человека. Следует принимать в расчет любое снижение когнитивных способностей, любое снижение способности к движению или ухудшение моторики рук или кистей, а также возможность получения помощи от членов семьи и общины.

8.2 ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ С ПОТЕРЕЙ СЛУХА ОТ УМЕРЕННОЙ ДО ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

- Следует разъяснять людям с потерей слуха и членам их семей преимущества слухопротезирования, например, с использованием слуховых аппаратов, доводить до их сведения, где можно получить такие устройства и каким образом их применять. При получении человеком слухового аппарата работник здравоохранения может содействовать и всячески поощрять его использование.
- Для решения вопроса о необходимости рекомендовать слуховой аппарат не следует полагаться на результаты одной только аудиометрии. Большинство людей с потерей слуха предъявляет жалобы на затруднения в коммуникации при наличии фонового шума. Следует произвести совокупную оценку потребностей человека, прежде чем рекомендовать слухопротезирование.

- Необходимо дать четкие разъяснения людям с потерей слуха, членам их семей и людям, осуществляющим уход, в отношении приемов и средств повышения эффективности коммуникации, которые могут повысить функциональную способность. → 8.5
- Ряд препаратов может отрицательно воздействовать на внутреннее ухо, что приведет к потере слуха и(или) нарушению равновесия. К таким препаратам относятся антибиотики, такие как стрептомицин и гентамицин, а также противомаларийные препараты, такие как хинин и хлорохин. Другие препараты также могут отрицательно воздействовать на слух. По возможности, менее интенсивное применение этих препаратов способно предотвратить дальнейшую потерю слуха. →

8.3 ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ, СТРАДАЮЩИМ ГЛУХОТОЙ

Пожилым людям с выраженной степенью потери слуха (тяжелой или глубокой) либо тем, кому вышеупомянутые мероприятия не приносят пользу, потребуется специализированная аудиологическая помощь, например, установка слухового протеза. **Обеспечение слуховыми протезами требует специальных навыков тестирования, назначения и установки.**

Схемы организации ухода при потере слуха

★ ДРУГИЕ ПОВОДЫ ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ ЗА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АУДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Ряд расстройств здоровья, которые могут быть причиной потери слуха, требуют специализированной диагностики и лечения. К ним относятся:

- боль в ухе;
- хронический средний отит (инфекция среднего уха);
- внезапная или быстро прогрессирующая потеря слуха;
- головокружение, сопровождающееся потерей слуха от умеренной до тяжелой степени;
- постоянное появление жидкого отделяемого из уха (ушей);
- наличие факторов риска, таких как вредное воздействие шумов или прием препаратов, способных негативно воздействовать на слух.

Схемы организации ухода при потере слуха

★ 8.4 СЛУХОВЫЕ ПРОТЕЗЫ

Слуховые аппараты, как правило, являются наилучшим технологическим решением для пожилых людей с потерей слуха. Слуховые аппараты усиливают звуки. Они могут оказаться полезными для многих людей и удобны в применении, поскольку их носят на ухе или вставляют в ухо. Важно разъяснить, что слуховые аппараты не излечивают потерю слуха и не воздействуют на ее причины.

Кохлеарные имплантаты. Кохлеарные имплантаты могут помочь людям с высокой степенью потери слуха, которым не помогает использование слуховых аппаратов. Кохлеарный имплантат устанавливают в ухо хирургическим способом. Аппарат преобразует звуки в электрические импульсы и направляет их к нервам органа слуха. Необходимо тщательное обследование пациента для ответа на вопрос о возможной эффективности кохлеарного имплантата. При недоступности или невозможности кохлеарной имплантации пожилого человека и членов семьи необходимо информировать и обучать чтению по губам, а также жестовому языку.

Индукционные петли для слабослышащих и персональные звукоусилители.

Индукционные петли для слабослышащих и персональные звукоусилители также оказываются действенными. Индукционная петля для слабослышащих представляет собой кабель или кабели, установленные в определенном месте (например, зале для заседаний или у информационной стойки). Через их посредство сигнал с микрофона и усилителя передается на некоторые типы слуховых аппаратов.



Более подробные рекомендации можно найти в документе The WHO Guidelines for hearing aids and services for developing countries (Рекомендации ВОЗ в отношении слуховых аппаратов и аудиологических услуг для развивающихся стран):

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>



ОЦЕНКА И РАБОТА С СОЦИАЛЬНЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОКРУЖЕНИЕМ

Сведение к минимуму влияния потери слуха может помочь в сохранении независимости и уменьшении потребности пожилых людей в помощи по месту жительства в повседневных бытовых нуждах. Члены семьи, другие лица, осуществляющие уход, и община в целом могут оказать содействие.

Потеря слуха зачастую приводит к психологическому дистрессу и социальной изоляции. По этой причине в аудиологической реабилитации все большее упор делается на психологические аспекты с учетом потребностей пожилого человека и лиц, осуществляющих за ним уход.

- Регулярное социальное взаимодействие может снизить риск когнитивных нарушений, депрессии и других эмоциональных и поведенческих последствий потери слуха. В периоды особенно значимого дистресса могут помочь сети социальной поддержки.
- Участвовать в профилактике состояния одиночества и изоляции могут партнеры и члены семей. Им может потребоваться консультирование по поводу того, как именно это сделать. Например, от них может потребоваться поддержание коммуникации с человеком, потерявшим слух, и организация таких видов деятельности, которые помогут сохранить включенность человека в общественное взаимодействие. Рекомендации о том, каким образом осуществлять коммуникацию с человеком, потерявшим слух, представлены на вставке справа. → 8.5
- К модификации окружающей обстановки может относиться установка дверных звонков и телефонов таким образом, чтобы они были слышны во всем доме.

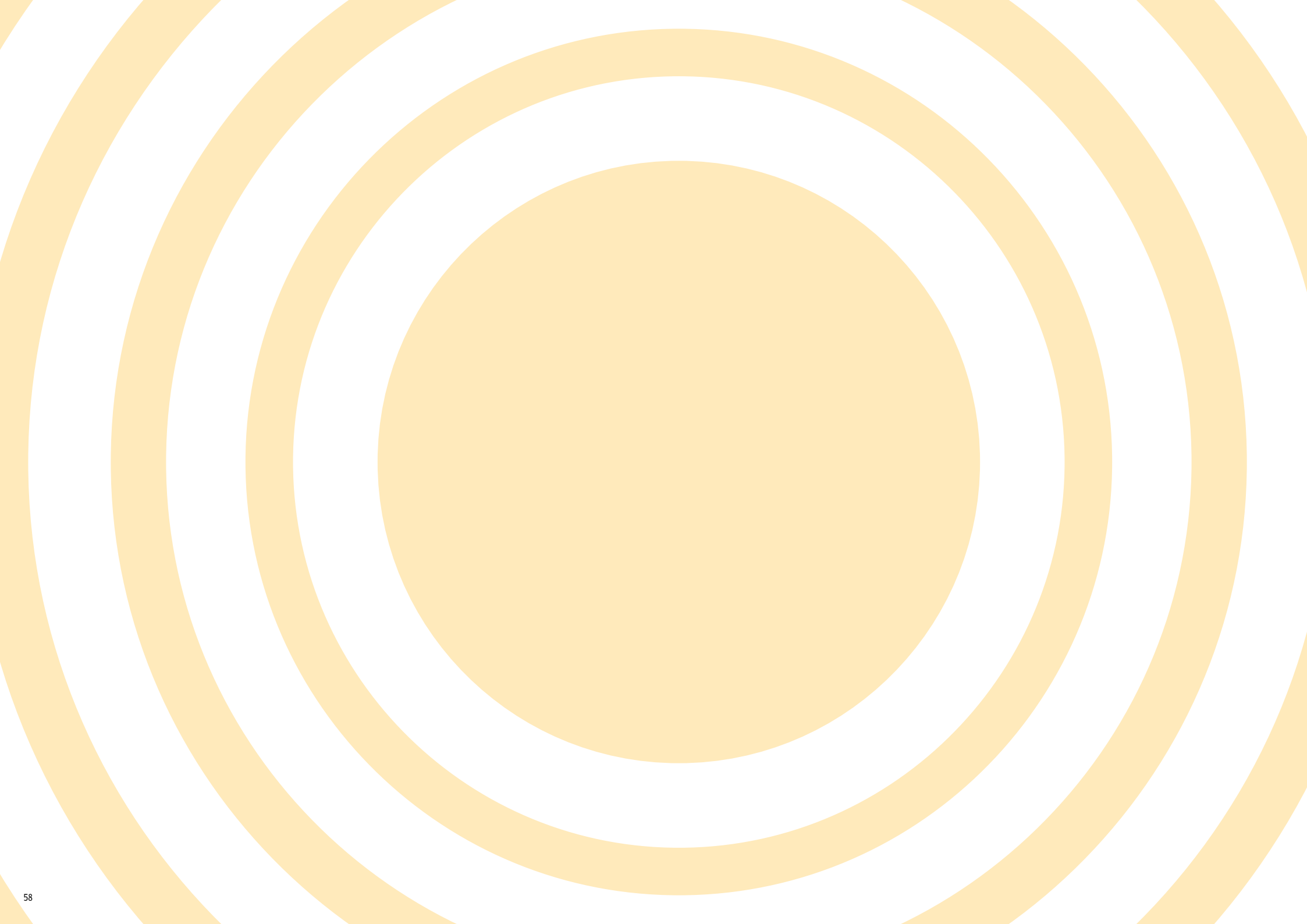
8.5 ПРИЕМЫ И СРЕДСТВА ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ И ЛИЦАМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ УХОД

Медицинские работники могут рекомендовать членам семьи и лицам, осуществляющим уход, следовать простым правилам ведения коммуникации с человеком, потерявшим слух (14).

- ✓ На протяжении всего разговора с человеком сохраняйте положение лицом к нему.
- ✓ Постарайтесь расположиться так, чтобы вам на лицо попадало достаточно света – это позволит слушателю следить за движениями губ.
- ✓ До начала разговора привлечите внимание человека.
- ✓ Постарайтесь избегать отвлекающих факторов, особенно громких шумов и фонового шума.
- ✓ Говорите членораздельно и неторопливо. Не повышайте голоса.
- ✓ Не прерывайте разговор с человеком, если для него затруднительно вас расслышать. В противном случае создается риск изоляции и возникает почва для появления депрессии.

Эти стратегии могут принести пользу независимо от того, имеется ли у человека слуховой протез.

Схемы организации ухода при потере слуха



9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов



Термин «депрессивные симптомы» (или подавленное настроение) применяется в отношении пожилых людей, у которых на протяжении двух недель постоянно или большую часть времени отмечается одновременное наличие двух или более симптомов депрессии, однако они не удовлетворяют критериям постановки диагноза большого депрессивного расстройства. Депрессивные симптомы чаще наблюдаются у пожилых лиц с длительным течением расстройств здоровья, вызывающих функциональные ограничения, у лиц, находящихся в социальной изоляции, или лиц, осуществляющих уход, в связи с чем к ним предъявляется повышенная ответственность. Эти аспекты следует рассматривать как часть всеобъемлющего подхода к ведению депрессивных симптомов.

Депрессивные симптомы являются важной составляющей психической жизни человека, однако это лишь один компонент. Существуют другие компоненты, такие как тревожность, характеристики личности, способность к совладанию и контролю, которым посвящены отдельные комплексные мероприятия.

В данной главе приводятся рекомендации в отношении профилактики и ведения депрессивных симптомов у пожилых людей. Дальнейшие рекомендации по вмешательствам в связи с депрессией изложены в руководстве ВОЗ *mhGAP (Комплекс основных мероприятий по психическому здоровью)* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

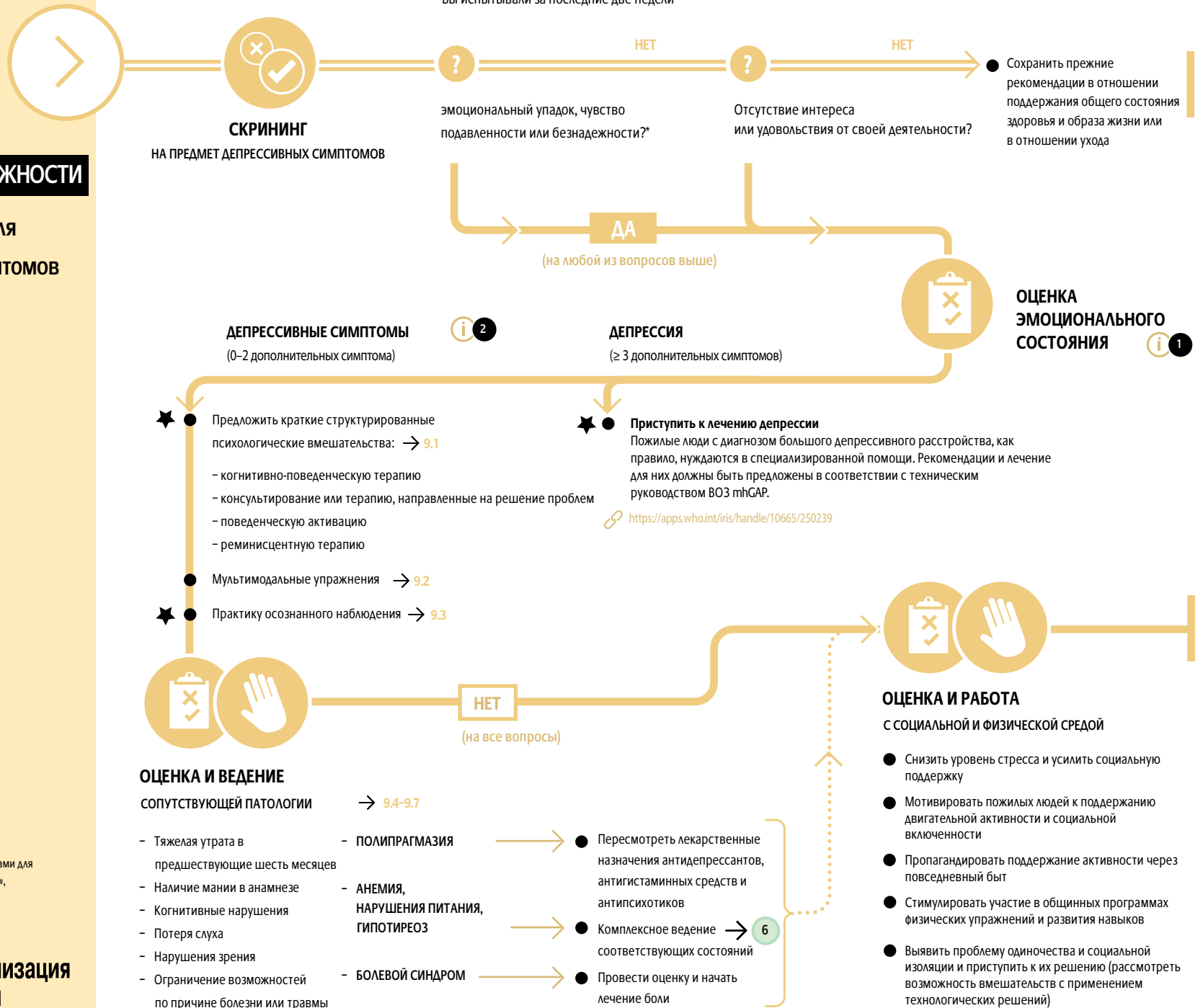
- Общинный медико-санитарный работник может задать ряд вопросов и при их помощи выявить лиц с депрессивными симптомами, а также отграничить депрессивные симптомы от депрессии.
- Применяя краткие структурированные психологические вмешательства, подготовленный и работающий под наблюдением медицинский работник-неспециалист может помочь лицам с депрессивными симптомами в условиях общины и в других условиях оказания первичной помощи.
- Депрессия требует всеобъемлющего и, как правило, специализированного подхода к лечению.
- Утрата других компонентов индивидуальной жизнеспособности, например, слуха или двигательной активности, может подорвать функциональную активность, снизить степень вовлеченности в общественную жизнь и способствовать развитию депрессивных симптомов.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов

★ Требуется специализированная помощь

* Пожилые люди пользуются различными формулировками для описания сниженного настроения, например, «грусть», «подавленность», «упадок».



Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов



ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

Если человек сообщает о наличии по меньшей мере одного из основных симптомов – ощущения эмоционального упадка, чувства подавленности или безнадежности, либо отсутствия интереса или удовольствия от своей деятельности, следует провести тщательную оценку эмоционального состояния. Человек может пользоваться другими формулировками в случае, если ему (ей) неизвестны формулировки, представленные в двух скрининговых вопросах выше.

ВОПРОС:

«Вы испытывали за последние две недели какую-либо из следующих проблем?»**

- Трудности с засыпанием, сном или избыточно долгий сон.
- Ощущение усталости или бессилия.
- Снижение аппетита или избыточное потребление пищи.
- Угрызения совести, ощущение собственной несостоятельности, ощущение, что вы выставили себя в невыгодном свете или подвели свою семью.
- Трудности с концентрацией внимания, например, при чтении газеты или просмотре телевизора.
- Заторможенность движений или речи, заметная для окружающих.
- Суетливость и беспокойство, которые приводят к избыточной подвижности.
- Желание умереть или каким-либо образом навредить себе.

* Эти вопросы содержатся в опроснике о состоянии здоровья пациента Patient Health Questionnaire (PHQ-9), который является одним из инструментов для оценки депрессивных симптомов. Кроме того рекомендуется обратиться к разделу, посвященному депрессии, в техническом руководстве mhGAP, размещено по ссылке <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>.

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

- Лечение депрессии требует более всеобъемлющего и, как правило, специализированного подхода к разработке индивидуального плана оказания помощи.
- Для лечения депрессивных симптомов медицинским работникам требуется специальная подготовка в области кратких психологических вмешательств.
- Ряд сопутствующих патологий, таких как гипотиреоз, могут потребовать постановки диагноза и лечения специалистом.



ДЕПРЕССИВНЫЕ СИМПТОМЫ

Если у человека отмечается по меньшей мере один основной симптом и один или два дополнительных, можно говорить о наличии депрессивных симптомов. Если у человека отмечается более двух симптомов, это может соответствовать критериям депрессивного расстройства. Важно отличать депрессивные симптомы от депрессивного расстройства, поскольку лечение этих состояний различается.

- Снижение когнитивных способностей и деменция могут иметь взаимосвязь с депрессивными симптомами, поэтому степень их выраженности также необходимо оценить. Лица с деменцией зачастую обращаются за медицинской помощью с жалобами на нарушения настроения или поведения, например, апатию, утрату эмоционального контроля или затруднения при выполнении обычных задач, при занятии домашними делами или при взаимодействии в обществе.
- В то же самое время утрата других компонентов индивидуальной жизнеспособности, например, сенсорных функций или двигательной активности, может подорвать функциональную активность и снизить степень общественной вовлеченности, таким образом способствуя развитию депрессивных симптомов.
- Мероприятия в связи с утратой других компонентов индивидуальной жизнеспособности, например, когнитивных способностей или слуха, могут оказаться более действенными, если их проводить одновременно с лечением депрессивных симптомов. Следует рассмотреть такую возможность при разработке индивидуального плана ухода.

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов



ВЕДЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СИМПТОМОВ

★ 9.1 КРАТКИЕ СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Краткие структурированные психологические вмешательства, такие как когнитивная поведенческая терапия, подходы, нацеленные на решение проблем, поведенческая активация и реминисцентная терапия, могут значительно снизить выраженность депрессивных симптомов у пожилых людей. Мультимодальные упражнения и практика осознанного наблюдения также могут снизить выраженность депрессивных симптомов.

При условии разрешения и согласия пожилого человека могут выполняться разнообразные психологические вмешательства с учетом проблемных аспектов, таких как затруднения в решении проблем. Следует рассмотреть возможность дополнения структурированных психологических вмешательств физическими упражнениями ввиду благотворного воздействия физических упражнений на настроение (см. Главу 5, посвященную ограничениям двигательной активности). → 5

Не рекомендуется назначение антидепрессантов в условиях первичного звена врачами, не имеющими специальных познаний в психиатрии.

- ★ Как правило, такие вмешательства проводятся медицинскими работниками, подготовленными в области психиатрии. Общинные медико-санитарные работники также могут осуществлять подобные вмешательства при условии достаточных навыков и подготовки в сфере расстройств психического здоровья у пожилых. Не выявлено вреда от осуществления подобных вмешательств.

Когнитивная поведенческая терапия

Когнитивная поведенческая терапия основана на принципе о том, что на эмоциональную сферу человека влияют как верования, так и поведение. Лица с депрессивными симптомами (или диагностированными психическими расстройствами) могут страдать от не подтвержденных реальностью искаженных негативных представлений, которые, будучи оставленными без внимания, могут приводить к вредным для здоровья формам поведения. Таким образом, в когнитивной поведенческой терапии имеется когнитивный компонент: человеку предлагается развить способность выявлять и сомневаться в не подтвержденных реальностью негативных представлениях, а также поведенческий компонент: содействовать развитию полезных форм поведения и снижать проявления вредных. Этапы могут включать: (1) определение жизненных проблем, (2) осознание мыслей, эмоций и убеждений, относящихся к этим проблемам, (3) определение негативных или недостоверных представлений, (4) перенаправление представлений в более реалистичное русло.

Консультирование или терапия, направленная на решение проблем

У лиц, страдающих от депрессивных симптомов, дистресса или нарушений социального функционирования той или иной степени, необходимо рассмотреть возможность применения подхода, ориентированного на решение проблем (в отсутствие установленного диагноза депрессивного эпизода или расстройства).

В рамках терапии, направленной на решение проблем, человеку предлагается непосредственная и практическая помощь. Медицинский работник, выступающий в роли терапевта, и пожилой человек совместно выявляют и анализируют основные поводы для беспокойства, которые подпитывают существование депрессивных симптомов. Намечая пути решения конкретных проблем и подбирая стратегии совладающего поведения, они стремятся сообща представить эти поводы как серию конкретных посильных задач.

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов

Поведенческая активация

Поведенческая активация предполагает стимулирование участия человека в мотивирующей деятельности как способ снизить выраженность депрессивных симптомов.

Этот подход удается освоить быстрее, чем любые другие основанные на доказательных данных психологические вмешательства. Неспециалисты могут освоить этот подход, тем самым увеличивая доступность помощи при депрессивных симптомах. Данное вмешательство изучалось преимущественно в контексте его проведения специалистами на протяжении серии сеансов. Возможно, данное вмешательство может быть преобразовано в краткую модификацию, проводимую подготовленными медицинскими работниками в качестве дополнительного терапевтического мероприятия или в составе первого этапа помощи при ее оказании согласно принципам всеобъемлющего подхода в первичном звене.

Реминисцентная терапия

Реминисцентная терапия предполагает припоминание и оценку человеком своего прошлого под руководством терапевта с целью достижения чувства умиротворенности и принятия опыта жизни. Этот вид терапии позволяет увидеть собственный жизненный опыт в широком контексте и с новой силой вспомнить о друзьях и близких людях. Реминисцентная терапия может помочь в лечении депрессии у пожилых людей, а также помочь людям, находящимся на конечной стадии жизни. В ходе реминисцентной терапии терапевт может делать акцент на теме общечеловеческих ценностей либо адресоваться к воспоминаниям об определенных периодах жизни человека, например, когда тот был ребенком, родителем, дедушкой или бабушкой либо активно работал.

9.2 МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ

В краткосрочной перспективе и, возможно, в долгосрочной перспективе выраженность депрессивных симптомов может быть снижена за счет программы физических упражнений, подобранных индивидуально, сообразно физическим возможностям и предпочтениям человека. См. Главу 5, посвященную проблемам нарушения двигательной активности. → 5

★ 9.3 ПРАКТИКА ОСОЗНАННОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Осознанное наблюдение предполагает внимание к событиям настоящего вместо упорных размышлений о прошлом, будущем, собственных желаниях, своей ответственности или поводах для личного сожаления. Последнее может увлечь человека с депрессивными симптомами в своеобразный эмоциональный штопор. Существует множество разновидностей практики осознанного наблюдения. Широко распространена практика, когда пациент сидит или лежит в спокойном состоянии и концентрируется на своих ощущениях или дыхании. Осознание физического движения при выполнении упражнений йоги или прогулке также помогает некоторым людям.

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов



ОЦЕНКА И РАБОТА С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Наличие следующих ассоциированных расстройств означает необходимость особого подхода к лечению депрессии.

- **Тяжелая утрата в предшествующие шесть месяцев.**
- **Наличие мании в анамнезе.** Мания – это эпизод приподнятого настроения, повышенной энергичности и активности. В случае, если маниакальные эпизоды имели место ранее, такое состояние классифицируется как биполярное расстройство. Анамнез мании выявляется при опросе на предмет одновременного наличия ряда симптомов продолжительностью не менее недели, степень выраженности которых создает значительные препятствия для трудовой деятельности и социальной активности или требует госпитализации, либо помещения в изолятор (см. руководство ВОЗ mhGAP (Комплекс основных мероприятий по психическому здоровью https://www.paho.org/mhgap/en/bipolar_flowchart.html)).
- **Снижение когнитивных способностей.** Взаимосвязь депрессии и снижения когнитивных способностей сложна. В эпидемиологических исследованиях на протяжении длительного времени прослеживают связь депрессии с развитием болезни Альцгеймера. При депрессии страдают такие когнитивные функции, как внимание, обучаемость и зрительная память наряду с исполнительными функциями. Депрессия может стать психологическим ответом индивидуума на имеющиеся у него и известные ему легкие когнитивные нарушения, интенсивность которых мала и не препятствует повседневной активности.
- **Потеря слуха.** Пожилые люди с потерей слуха зачастую могут предъявлять жалобы на неловкость, тревожность и снижение самооценки, при этом они неохотно включаются в социальную и физическую активность, в связи с чем развивается социальная изоляция и одиночество, а в конечном итоге – депрессия (15).
- **Нарушения зрения и наличие серьезных возрастных заболеваний глаз, таких как возрастная дегенерация макулы и глаукома,** сопряжены с повышенным риском развития депрессии (16). Лица с нарушением функции органа зрения зачастую предъявляют жалобы на тягостные ощущения, чувство одиночества или безнадежности.
- **Реакция на ограничение возможностей по причине болезни или травмы.** Депрессия часто развивается вторично у лиц с ограниченными возможностями. Лица с ограниченными возможностями по причине заболеваний или травм испытывают стресс; кроме того, им приходится мириться с изменениями привычного жизненного уклада. Этапы адаптации к ограничению возможностей включают потрясение, отрицание, злость/депрессию и адаптацию/принятие. У пожилых людей с недавно возникшим ограничением возможностей существует риск возникновения тревожности и депрессии.

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов

★ 9.4 ПОЛИПРАГМАЗИЯ

Полипрагмазия может приводить к возникновению депрессивных симптомов, которые, в свою очередь, могут вызывать полипрагмазию. Разорвать порочный круг можно только одновременно решая проблему полипрагмазии и депрессивных симптомов. Взаимосвязь с депрессивными симптомами существует не только у препаратов с точкой приложения в центральной нервной системе, но и у препаратов, обладающих психотропными свойствами, таких как антигистаминные и антипсихотические средства, миорелаксанты и другие непсихотропные препараты с антихолинергическими свойствами. Выраженность полипрагмазии можно снизить за счет исключения ненужных, неэффективных препаратов, а также препаратов, которые дублируют действие друг друга.

★ 9.5 АНЕМИЯ, НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ

По причине недостатка витаминов – фолата, витаминов B6 и B12, анемия и нарушения питания могут приводить к возникновению депрессивных симптомов. Депрессивные симптомы также могут играть роль в развитии анемии. Способствовать возникновению анемии и нарушений питания может снижение аппетита и утрата интереса к повседневной активности (например, к совершению покупок и приготовлению пищи), в связи с чем может ухудшаться качественный и количественный состав рациона пожилого человека. Для ведения симптомов депрессии важно принимать меры по поводу анемии и улучшать состояние питания (см. Главу 6, посвященную проблемам нарушения питания). → 6

★ 9.6 ГИПОТИРЕОЗ

Гипотиреоз является частой патологией у пожилых людей, в особенности у женщин. Симптомы гипотиреоза могут быть неспецифичными и различаться у разных людей, тем не менее, они могут включать в себя симптомы депрессии. Оценка и ведение гипотиреоза должны производиться медицинскими работниками, обладающими специальными познаниями.

★ 9.7 БОЛЬ

Лица, предъявляющие жалобы на хроническую боль, чаще страдают от депрессивных симптомов. Необходимо проводить оценку выраженности и проводить лечение боли (см. Главу 5, посвященную проблемам ограничения двигательной активности). → 5

9

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Схемы организации ухода для ведения депрессивных симптомов



ОЦЕНКА И РАБОТА С СОЦИАЛЬНЫМ И ФИЗИЧЕСКИМ ОКРУЖЕНИЕМ

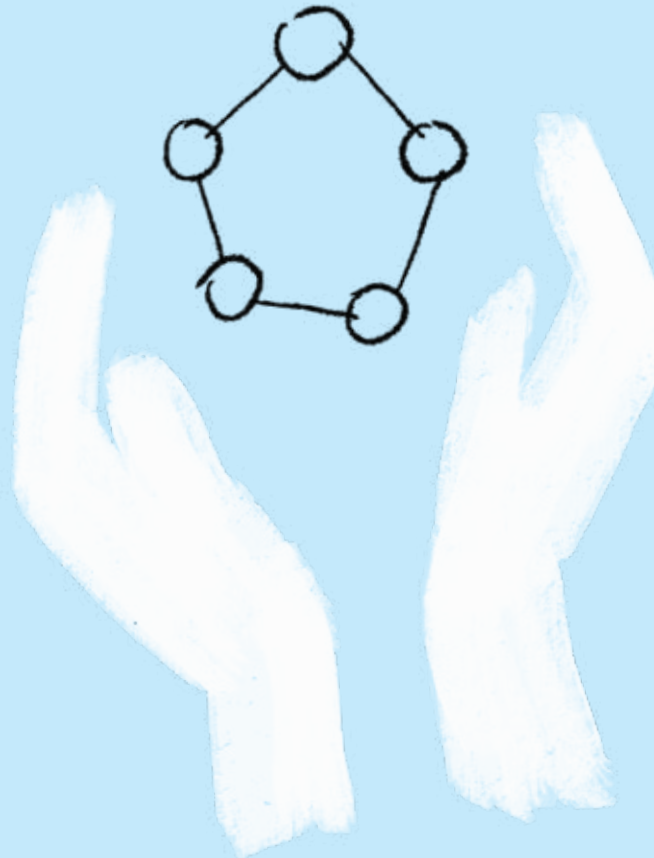
При депрессии характерна утрата интереса к видам деятельности, которые ранее вызывали интерес или удовольствие. Члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут осторожно поощрять и содействовать включению пожилых людей в физическую активность и общественную жизнь, например, в общинные программы физических упражнений и развития навыков.

Члены семьи и лица, осуществляющие уход, могут обратить особое внимание на профилактику социальной изоляции в случае, если пожилые люди страдают от снижения физических возможностей, например, потери слуха или ограничения способности к движению. Социальная изоляция может приводить к возникновению депрессивных симптомов. Для профилактики одиночества следует рассмотреть возможность реализации мер с использованием различных технологий, например, мобильных телефонов или сети Интернет.

10

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА

Схемы организации ухода,
направленные на оказание
социальной помощи и поддержки



Люди со значительной утратой индивидуальной жизнеспособности могут вести достойную жизнь только при условии помощи, поддержки и содействия со стороны других лиц. Доступность социальной помощи и поддержки играет главенствующую роль в обеспечении достойной и полноценной жизни. Социальная помощь и поддержка состоят не только из содействия в повседневном быту и самообслуживании, но и в обеспечении доступа к объектам общественного пользования и государственным службам, снижению степени изоляции и одиночества, помощи в вопросах финансовой безопасности, обеспечении жильем надлежащего качества, свободе от притеснений и злоупотреблений, а также в участии в видах деятельности, которые наполняют жизнь смыслом.

Вопрос о потребностях пожилого человека в социальной помощи и поддержке следует адресовать разным людям в зависимости от специфики вопроса. В случае, если пожилой человек страдает от снижения когнитивных способностей, вопросы, касающиеся повседневного быта и финансов, лучше всего задавать людям, хорошо знающим пожилого человека, например членам семьи, лицам, осуществляющим уход, или друзьям.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Утрата функциональной способности часто наблюдается среди пожилых людей, особенно среди тех, у кого отмечают снижение индивидуальной жизнеспособности, однако такая утрата не является неизбежной.
- Общинные медико-санитарные работники могут проводить скрининг на предмет снижения функциональных способностей при помощи простого вопросника.
- Мероприятия, разработанные в соответствии с приоритетами пожилого человека, могут повысить функциональные способности.
- К числу эффективных относятся те мероприятия, которые повышают уровень индивидуальной жизнеспособности, функциональной способности и содействуют получению социальной помощи и поддержки.

10

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА

Схемы организации ухода, направленные на оказание социальной помощи и поддержки

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКЕ

ВОПРОС

1. Вы испытываете трудности при передвижении в пределах помещения?
2. Вы испытываете трудности при пользовании туалетом (или стулом-туалетом)?
3. Вы испытываете трудности при одевании?
4. Вы испытываете трудности при пользовании ванной или душем?
5. Вы испытываете трудности с поддержанием опрятного внешнего вида?
6. Вы испытываете трудности с приемом пищи?
7. Вы испытываете трудности, связанные с местом вашего проживания (жильем)?
8. Вы испытываете финансовые трудности?
9. Вы чувствуете себя одиноким?
10. Вы занимаетесь какой-либо важной для себя деятельностью на досуге, хобби, работой, волонтерством, помощью семье, образованием или духовной практикой?
11. Оценить риск жестокого обращения с пожилыми людьми

ДА

ДА

ДА

ДА

НЕТ

СОДЕЙСТВИЕ В УДОВЛЕТВOREНИИ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (ЛИЧНАЯ ПОМОЩЬ)

- Провести оценку и усовершенствовать условия физической среды с целью компенсации снижения индивидуальной жизнеспособности, повышения возможностей двигательной активности и профилактики падений
- Следует рассмотреть вопрос о применении ассистивных технологий, средств и приспособлений
- Рассмотреть возможность оказания помощи супругом, членом семьи или другими лицами, осуществляющими уход на безвозмездной основе, и включить результаты оценки потребностей лица, осуществляющего уход
- Изучить вопрос о необходимости помощи со стороны лиц, осуществляющих уход на возмездной основе
- Необходима доступность помощи со стороны лиц, осуществляющих уход, и соответствующих служб, например, помощь на дому, дневной уход, дом престарелых

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Представляет ли для вас проблему:

1. Безопасность и физическая безопасность места вашего проживания?
2. Состояние вашего жилища?
3. Расположение вашего жилища?
4. Издержки на проживание?
5. Ремонт и эксплуатация жилища?
6. Независимое проживание в жилище?

ДА

● Рассмотреть вопрос:

- переоборудования жилья
- подбора альтернативного жилья
- помощи по линии программ социального обеспечения или предоставления коммунального жилья, либо существующих сетей поддержки

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Каково ваше финансовое положение в конце месяца?
2. Вам удается распоряжаться средствами и решать финансовые вопросы?
3. Вам необходима консультация в отношении денежных пособий или льгот?

● Рассмотреть вопрос:

- о предоставлении специализированной консультации в области финансов
- о предоставлении консультации по делегированию процесса принятия финансовых решений с защитой от финансового обмана

Рассмотреть возможности более интенсивного:

- налаживания социальных взаимосвязей (супруги, члены семьи, друзья, питомцы)
- использования местных ресурсов общины (клубы, религиозные группы, дневные центры, спортивные, досуговые, образовательные центры)
- участия в общественной жизни (волонтерство, трудоустройство)
- общения с применением технологий связи

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ТРУДНОСТЕЙ:

Вы не занимаетесь этим видом деятельности (...), потому что препятствием служит:

1. стоимость, 2. удаленность, 3. транспортная доступность, 4. отсутствие возможности, 5 другие причины?

- Предоставьте список услуг, доступных для пожилых людей на уровне местной общины, например, услуги досуговых центров и клубов, образовательных учреждений для взрослых, волонтерских организаций и центров занятости

- Поощряйте пользование этими услугами с целью более активного участия пожилого человека в общественной жизни

Опираясь на данные наблюдений за поведением пожилого человека, поведением членов его семьи или родственников, а также обращая внимание на признаки физического насилия, следует выявлять случаи жестокого обращения.

- При выявлении непосредственной угрозы - направить на консультацию по линии системы социальной работы, защиты взрослых или правоохранительных органов

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

Медицинским работникам следует знать порядок направления пожилых людей на специализированную консультацию.

В зависимости от доступности ресурсов протоколы направления различаются.

В ряде случаев адекватной заменой социальному работнику может стать, например, глава деревенской общины, директор школы, монах или лидер религиозной группы.

Важно регулярное проведение встреч с целью укрепления доверия среди специалистов и представителей служб, поскольку комплексное оказание социальной помощи и поддержки требует работы сразу по многим направлениям.

Ниже приведен ряд сфер компетенции различных специалистов, занимающихся уходом за пожилыми людьми.

- Жилищные условия: жилищные службы, социальный работник, трудотерапевт.
- Финансовые вопросы: социальный работник, службы консультирования по вопросам пособий и льгот.
- Проблема одиночества: социальный работник, волонтер, врач первичного звена.
- Участие в общественной жизни: социальный работник, службы организации досуга, службы занятости, волонтерские организации.
- Проблема жестокого обращения: социальный работник, специалист по защите взрослых, правоохранительные органы.
- Повседневный быт: трудотерапевт, социальный работник, медицинская сестра или мультидисциплинарная бригада специалистов в области помощи пожилым.
- Передвижение в пределах помещения: физиотерапевт, трудотерапевт, социальный работник или мультидисциплинарная бригада специалистов в области помощи пожилым.
- Передвижение на улице: физиотерапевт, социальный работник, волонтерские службы транспорта.

**1 НАБЛЮДАЕМЫЕ ПРИЗНАКИ ВОЗМОЖНОГО ФАКТА ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ПОЖИЛЫМИ****ПОВЕДЕНИЕ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА**

- Создается впечатление, что пожилой человек опасается родственника или лица, осуществляющего профессиональный уход.
- Отказывается отвечать на вопросы или беспокойно оглядывается на лицо, осуществляющее уход/родственника, прежде чем ответить.
- Поведение пожилого человека меняется, когда лицо, осуществляющее уход/родственник, входит в кабинет или удаляется.
- Описывает поведение лица, осуществляющего уход, понятиями наподобие «волевой человек» или «устаёт», «имеет дурной нрав», либо рассказывает о раздражительности/тревожности/стрессах или вспыльчивости лица, осуществляющего уход.
- Преувеличенно вежлив или излишне почителен в отношении лица, осуществляющего уход.

ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД/РОДСТВЕННИКА

- Препятствует или не позволяет специалисту беседовать с пожилым человеком наедине, либо постоянно стремится прервать ход беседы (например, регулярно заглядывая в кабинет).

- Настаивает на самостоятельном ответе на вопросы, адресованные пожилому человеку.
- Препятствует оказанию помощи пожилому человеку на дому.
- Выражает явную неудовлетворенность необходимостью осуществлять уход за пожилым человеком.
- Пытается убедить специалистов в том, что пожилой человек «не в своем уме» или страдает деменцией, либо не осознает того, о чем говорит, по причине спутанности сознания в условиях, когда это не так.
- Демонстрирует враждебность, усталость или нетерпение в ходе беседы, при этом пожилой человек в присутствии такого лица пребывает в состоянии крайнего беспокойства или безразличия.

ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ

- Порезы, ожоги, синяки и царапины.
- Повреждения, явно вызванные иным механизмом, чем предложенный в объяснении.
- Повреждения, случайное возникновение которых маловероятно.

- Повреждения и раны на участках тела, закрытых одеждой.
- Синяки в форме следов от пальцев, остающиеся после жесткого захвата (часто в области плеча).
- Повреждения в интимной области, например, в зоне подмышек.
- Необработанные повреждения.
- Множественные повреждения на разных стадиях заживления.
- Избыточное или недостаточное применение лекарственных средств.

10

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА

Схемы организации ухода, направленные на оказание социальной помощи и поддержки



ОЦЕНКА И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ

10.1 ОЦЕНКА И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В САМООБСЛУЖИВАНИИ И ПОМОЩИ В БЫТОВЫХ НУЖДАХ (РАЗДЕЛ СХЕМЫ УХОДА)

Предположение о том, что человек не может самостоятельно обслуживать себя без посторонней помощи, делается на основании ответов на шесть вопросов. Подобная оценка пойдет на пользу пожилому человеку со значительным снижением индивидуальной жизнеспособности.

Нахождение в помещении предполагает целый ряд действий, например перемещение с кровати на стул, передвижение шагом, посещение туалета, пользование туалетом и пользование лестницей. Ограничение подвижности увеличивает риски и влечет за собой потребность в помощи при самообслуживании. Одевание, прием пищи, прием ванной и гигиенические процедуры относятся к повседневному быту. Неспособность самостоятельно справляться с повседневным бытом влечет за собой потребность в помощи при самообслуживании. Многие пожилые люди не хотят полагаться на постороннюю помощь в повседневном быту, предпочитая справляться с этими задачами самостоятельно.

Для пожилых людей, испытывающих затруднения в повседневном быту и(или) имеющих расстройства двигательной активности, окажется полезной программа реабилитации. Такая программа может быть нацелена на укрепление физических возможностей, а также может предполагать использование ассистивных технологий и внесение изменений в окружающую обстановку с целью оптимизации функциональной способности несмотря на ограничения индивидуальной жизнеспособности. Транспортные службы могут помочь улучшить мобильность человека вне дома. При сохраняющихся

трудностях следует рассмотреть возможность предоставления помощи членами семьи и другими лицами, осуществляющими безвозмездный уход, с учетом их собственных потребностей. При необходимости более полной поддержки следует воспользоваться услугами ухода на дому, которые оказывают волонтерские, частные или государственные службы.

10.2 ОЦЕНКА И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКЕ (РАЗДЕЛ «В» СХЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА)

Пожилым людям пойдет на пользу оценка потребностей в социальной поддержке вне зависимости от уровня индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности. Обеспечение социальной поддержки позволяет пожилому человеку выполнять важные для него задачи. Имеется в виду содействие в поддержании соответствующего состояния жилища, финансовой безопасности, преодолении состояния одиночества, доступе к объектам общественного пользования и государственным службам, а также защита от жестокого обращения.

В7 ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

Место проживания пожилого человека может влиять на его состояние здоровья, независимость и благополучие. Проблемы могут быть связаны со многими аспектами, включая площадь жилого помещения, доступ к нему, его состояние, эксплуатационную и физическую безопасность. При помощи дополнительных вопросов можно выявить конкретные проблемные аспекты.

Смягчить проблемы, связанные с жилищными условиями, можно за счет внедрения новых мер безопасности, предоставления телефонного номера для обращения в неотложных ситуациях и введения усовершенствований для обеспечения независимого проживания. На цели оплаты проживания, ремонта и эксплуатации могут предоставляться пособия. В крайнем случае следует рассмотреть вопрос о переезде в более подходящее жилище.

В8 ФИНАНСЫ

Финансовые ресурсы и состояние здоровья, независимость и благополучие в пожилом возрасте существенно взаимосвязаны. Почвой для возможных проблем может становиться недостаток денежных средств на удовлетворение базовых нужд или для полноценного участия в общественной жизни, при этом пожилого человека может беспокоить вероятная нехватка денег или вероятная неспособность ими распоряжаться. При помощи дополнительных вопросов можно выявить конкретные проблемные аспекты.

Снизить остроту финансовых проблем можно за счет независимого консультирования по финансовому планированию и управлению финансовыми средствами. При условии обеспечения соответствующей юридической защиты от финансового обмана управление финансовыми средствами может быть делегировано доверенному третьему лицу.

В9 ОДИНОЧЕСТВО

Проблема одиночества часто встречается в пожилом возрасте и связана с большей вероятностью развития депрессии и ранней смерти. См. Главу 9, посвященную рекомендациям по скринингу для выявления депрессивных симптомов. Отдельное проживание и одиночество – разные понятия: пожилой человек может испытывать одиночество даже находясь в кругу других людей, например, если взаимоотношения с ними не прочны.

Полезно узнать у пожилого человека, удастся ли ему скрасить одиночество за счет более частого социального контакта с членами семьи и друзьями, встреч с людьми схожих интересов. Тем не менее, стараясь развеять возможные страхи, связанные с откровенностью на тему личных взаимоотношений, при подобных вопросах следует заверить пожилого человека в конфиденциальном характере вопроса.

Многие пожилые люди имеют домашних питомцев, за счет чего справляются с одиночеством. Следует поощрять посещение местных объектов общественного пользования, например клубов, религиозных групп, дневных центров, спортивных, досуговых или образовательных учреждений. Кроме того, различные варианты содействия могут оказать волонтеры и наемные работники. Нарастить степень социальных взаимосвязей можно за счет коммуникационных технологий. Стремясь решить проблему одиночества, следует изучить результативность всех этих мер в совокупности. Лицам, производящим оценку, должен быть известен спектр доступных на местном уровне возможностей.

10

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА

Схемы организации ухода, направленные на оказание социальной помощи и поддержки

B10 СОЦИАЛЬНАЯ ВОВЛЕЧЕННОСТЬ И УЧАСТИЕ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ


В основе концепции ICORE лежит принцип содействия пожилым людям в том, что они находят для себя важным. То, что имеет значимость для пожилого человека, раскрывается в его образе жизни, приоритетах и предпочтениях, и знание об этом может помочь в нахождении способов привлечения к более активному участию в общественной жизни.

Примерами участия в общественной жизни являются досуговая деятельность, хобби, работа, обучение и духовные практики. Приоритеты и важные аспекты жизни будут очень разными и очень специфичными для пожилых людей, ведь каждый из них уникален. О таких приоритетах следует осведомляться при составлении индивидуального плана ухода, документально их фиксировать и руководствоваться ими.

Желая узнать о вероятных препятствиях, например по цене, доступности, возможности участия, следует задать дополнительные вопросы. Лицо, производящее оценку, должно располагать сведениями о доступности местных досуговых центров и клубов, образовательных учреждений для взрослых, волонтерских услуг и консультативных услуг в области трудоустройства, и предметно обсуждать с пожилым человеком возможную потребность в них. Серьезным препятствием может стать транспортная доступность, и для решения этой проблемы могут существовать специализированные услуги. Некоторые из таких услуг могут быть платными, и их субсидирование может помочь пожилым людям и людям с низким уровнем дохода активнее участвовать в общественной жизни.

B11 ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ

Многие пожилые люди, нуждающиеся в посторонней помощи, подвержены риску жестокого обращения, и становятся его жертвами в той или иной форме примерно в одном случае из шести.

Формы жестокого обращения многообразны и включают пренебрежительное отношение, психологическое насилие, физическое насилие, сексуальные надругательства и финансовый обман  1. Выявлять случаи жестокого обращения следует, опираясь на данные наблюдений за поведением пожилого человека, поведением членов его семьи или родственников, а также обращая внимание на признаки физического насилия. При подозрении на проявления насилия потребуется оценка и помощь специалиста. Пожилого человека будет необходимо проинформировать о предмете вашей обеспокоенности, а затем запросить помощь специалиста. Следует документально зафиксировать поводы для вашей обеспокоенности, а также факт информирования пожилого человека о запросе помощи у специалиста. При выявлении непосредственной угрозы следует обратиться за специализированной помощью по линии системы социального обслуживания, защиты взрослых или правоохранительных органов.

11

ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД

Схемы организации помощи лицам, осуществляющим уход



Страдая от снижения индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности, человек начинает нуждаться в посторонней помощи, при этом уход за ним зачастую ложится на плечи супругов, кого-либо из членов семьи или других людей в домохозяйстве. При определенном уровне потребностей пожилого человека бремя ухода за ним может создавать риск для благополучия лиц, осуществляющих уход.

Контроль за благополучием лиц, осуществляющих уход, а также за тем, получают ли они достаточный объем помощи в связи с состоянием собственного здоровья и в связи с уходом за пожилым человеком может осуществляться медицинским работником или общинным медико-санитарным работником.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Уход за пожилым человеком со снижением индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности создает тяготы и стресс для членов семьи и друзей, которые берут на себя роль лиц, осуществляющих уход, что может подрывать состояние их собственного здоровья. Кроме того, подобная деятельность может препятствовать, особенно в случае женщин, выполнению оплачиваемой работы.
- Выявление пожилых людей со снижением физических возможностей требует одновременного выявления тех лиц из числа осуществляющих уход, которые сами нуждаются в помощи.
- Содействовать поддержанию удовлетворительных и здоровых отношений лица, осуществляющего уход, и пожилого человека призван ряд мероприятий: временный уход на период отдыха лица, осуществляющего уход, консультативная поддержка, просветительская работа и финансовая поддержка.
- Случается так, что уход за пожилым человеком начинает приобретать оттенки жестокого обращения. Признаки жестокого обращения может выявить патронажный работник при оценке состояния здоровья пожилого человека или лица, осуществляющего уход. В этом случае потребуются направление на консультацию специалиста.

КОГДА ТРЕБУЮТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОЗНАНИЯ

- При лечении депрессии.
- При организации психологического консультирования, направленного на решение проблем, или когнитивной поведенческой терапии для страдающих депрессивными симптомами лиц, осуществляющих уход.
- При подозрении на наличие элементов жестокого обращения во взаимоотношениях.



ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО УХОД

В случае, если человек сообщает о наличии по меньшей мере одного из основных симптомов – ощущения эмоционального упадка, чувства подавленности или безнадежности, либо отсутствия интереса или удовольствия от своей деятельности, – следует провести тщательную оценку эмоционального состояния. Человек может пользоваться другими формулировками в случае, если ему (ей) неизвестны формулировки, представленные в двух скрининговых вопросах выше.

ВОПРОС: «Вы испытывали за последние две недели какую-либо из следующих проблем?»*

- Трудности с засыпанием, сном или избыточно долгий сон.
- Ощущение усталости или бессилия.
- Снижение аппетита или избыточное потребление пищи.
- Угрызения совести, ощущение собственной несостоятельности, ощущение, что вы выставили себя в невыгодном свете или подвели свою семью.
- Трудности с концентрацией внимания, например при чтении газеты или просмотре телевизора.
- Заторможенность движений или речи, заметная для окружающих.
- Суетливость и беспокойство, которые приводят к избыточной подвижности.
- Желание умереть или каким-либо образом навредить себе.

РИСК ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ

Система взаимоотношений опекаемого лица и лица, осуществляющего уход, отличается сложностью. На фоне хорошего здоровья и благополучия лица, осуществляющие уход, могут оказывать крайне большой объем помощи, однако порой обязанности по уходу могут становиться бременем для одной или обеих сторон этого процесса. В связи с этим может возникать почва для конфликтов, в ходе которых для пожилого человека может создаваться угроза стать жертвой жестокого обращения. Жестокое обращение может выражаться в пренебрежении, получении материального преимущества (например, финансового), физическом или эмоциональном насилии или сексуальном надругательстве. Пренебрежительное отношение может, кроме того, возникать по причине недостатка навыков оказания ухода или недостатка внешней помощи или контроля. Случается, что ни пожилой человек, ни лицо, осуществляющее уход, не затрагивают тему жестокого обращения с медицинским работником. Выявлять случаи жестокого обращения следует, опираясь на данные наблюдений за поведением пожилого человека, поведением членов его семьи или родственников, а также обращая внимание на признаки физического насилия (см. Главу 10, посвященную социальной помощи и поддержке).

Факторы, которые увеличивают риск жестокого обращения:

- длительно существующие плохие отношения;
- отмеченные ранее факты семейного насилия;
- невозможность для лица, осуществляющего уход, регулярно оказывать помощь необходимого типа или уровня, а также
- физические или психологические расстройства у лица, осуществляющего уход, в частности, депрессия и, особенно у мужчин, злоупотребление алкоголем и употребление психоактивных веществ.

Вероятность жестокого обращения связана не только с сущностью оказываемой помощи или с факторами, часто приводящими к стрессу у лиц, осуществляющих уход, например, поведенческими особенностями людей с деменцией.

При подозрении на жестокое обращение требуется проведение углубленной оценки специалистом согласно местным схемам маршрутизации пациентов.

11

ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД

Схемы организации помощи
лицам, осуществляющим уход

* Эти вопросы содержатся в опроснике о состоянии здоровья пациента Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf), который является одним из инструментов для оценки депрессивных симптомов. Кроме того, рекомендуется обратиться к разделу, посвященному депрессии, в техническом руководстве mhGAP по адресу <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

11

ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД

Схемы организации помощи лицам, осуществляющим уход

11.1 ВОПРОСЫ К ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД

В схеме на странице 74 показано, каким образом строится беседа с лицом, осуществляющим уход. Согласно схеме, каждому лицу, осуществляющему уход, во время беседы задают вопросы на три темы:

1. Тяготы, связанные с осуществлением ухода (два вопроса), которые могут требовать практической поддержки лиц, осуществляющих уход.
2. Два ключевых симптома депрессии, при которых может потребоваться полномасштабное обследование на предмет депрессии (см. Главу 9, посвященную депрессивным симптомам).
3. Финансовые издержки на уход, в связи с которыми, при доступности, может потребоваться обращение к локальным источникам финансирования и организованной социальной помощи.

В ходе беседы с лицом, осуществляющим уход, медико-санитарному работнику следует обращать внимание на любые проявления утомления, гнева, раздражения или грубости. Кроме того, медико-санитарный работник может осведомиться, не нуждается ли человек, осуществляющий уход, в подробной беседе или поддержке поставщика социальной помощи. Тяготы ухода с течением времени могут становиться все более ощутимыми. Один раз в шесть месяцев требуется проведение повторной оценки.

С тем чтобы человек, осуществляющий уход, не стеснялся и не боялся откровенной и подробной беседы, лучше всего проводить оценку роли и влияния этого лица в отсутствие пожилого человека. Пожилой человек и лицо, осуществляющее уход, могут излагать различные версии одних и тех же событий по целому ряду причин, например, в силу расстройств памяти у пожилого человека. В этой связи производить оценку следует в контексте сведений, полученных при всестороннем анализе индивидуальной жизнеспособности.

11.2 ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПОДДЕРЖКИ ЛИЦУ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕМУ УХОД

Надлежащим образом подготовленные специалисты, а также лица, осуществляющие уход на возмездной основе, пользуются поддержкой и действуют под контролем служб здравоохранения и социальных служб, и необходимо, чтобы эти специалисты оказывали помощь лицам, осуществляющим уход на безвозмездной основе. Для поддержки лиц, осуществляющих уход на безвозмездной основе, медицинские и социальные работники, как штатные, так и волонтеры, могут организовывать на уровне сообщества сетевое взаимодействие и вести обмен имеющимися ресурсами.

ВОЗ предлагает обучающую онлайн программу iSupport, которая призвана помочь лицам, осуществляющим уход за людьми с деменцией, делать это на надлежащем уровне и, кроме того, следить за собственным состоянием <https://www.isupportfordementia.org>.

Существенная доля поддержки приходится на основного человека, осуществляющего уход за членом семьи. С тем чтобы выявить потребности лица, осуществляющего уход, поставщик помощи может уточнить, какие именно задачи выполняются, каким образом и как часто, уточнить, в каких аспектах ухода может потребоваться консультативная поддержка, практическая помощь или применение инновационных ассистивных технологий. Мероприятия, направленные на поддержку лица, осуществляющего уход, должны отражать его предпочтения и быть нацеленными на оптимизацию его благополучия.

Схемы организации помощи
лицам, осуществляющим уход**Медицинские и социальные работники могут:**

- обучить лицо, осуществляющее уход, специальным навыкам ухода и содействовать закреплению этих навыков;
- рассмотреть возможность практической поддержки или наладить ее, например, организовав временный отдых;
- изучить вопрос о возможности назначения лицу с утратой функциональной способности каких-либо социальных льгот или других видов социальной или финансовой помощи из государственных или негосударственных источников.

Предоставление рекомендаций. Следует сделать акцент на признании того факта, что осуществление ухода может стать чрезвычайно трудным опытом и привести к стрессу. Тяжесть этого опыта может усугубляться утратой прежнего качества взаимоотношений между пожилым человеком и лицом, осуществляющим уход, особенно если таким лицом является супруг или супруга.

Со стороны лиц, осуществляющих уход, необходимо поощрять проявления уважения к достоинству пожилых людей, выражающиеся в как можно более активном привлечении пожилых к принятию решений в отношении их жизни и ухода за ними.

Организация временного ухода на период отдыха. Возможно ли временно заменить лицо, осуществляющее уход и наблюдение за пожилым человеком, кем-либо другим, когда такой уход становится чрезмерно тягостным или тяжелым? Имеется в виду замена кем-либо из членов семьи или домохозяйства, специально подготовленным социальным работником из числа штатных или волонтеров. Подобный временный уход, например, в виде дневного ухода, может обеспечить возможность «передышки» для основного человека, обеспечивающего уход, создавая условия для отдыха или другой деятельности. Дневной уход – это одна из форм общинной помощи, которая доступна несколько раз в неделю в течение нескольких часов, когда пожилой человек может получить содействие в таких потребностях, как личная гигиена (прием ванны, прием пищи, бритье, посещение туалета), реабилитация, участие в рекреационных программах и социально-культурных мероприятиях, покупка пищи и пользование транспортом. Кроме того, система дневного ухода предусматривает поддержку лиц, осуществляющих уход, например в виде визитов на дом, организации семейных мероприятий, ведения групп поддержки и обучения. Временный отдых может помочь поддержанию отношений лица, осуществляющего уход, с пожилым человеком на удовлетворительном и здоровом уровне, при этом рассматривать периоды, когда уход осуществляет другое лицо, как негативные для пожилого человека будет неверно.

Предложение психологической поддержки. Для борьбы с психологическим стрессом лицу, осуществляющему уход, следует предложить психологическую поддержку и психологическое консультирование, ориентированное на решение проблем, в особенности, когда требуется большой объем сложного ухода и нагрузка на человека крайне высока.

ИННОВАЦИОННЫЕ АССИСТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В инновационных ассистивных технологиях здравоохранения, таких как удаленный мониторинг и роботы-помощники, заключен большой потенциал, поскольку они могут укрепить функциональную способность пожилых, повысить качество их жизни и жизни людей, осуществляющих уход, обогатить жизнь, сделать ее более безопасной, обеспечить большую степень независимости и вселить ощущение уверенности и воплотить принцип «Старения у домашнего очага». Применение этих технологий должно основываться на потребностях и предпочтениях пожилых людей или лиц, осуществляющих за ними уход, и требует надлежащего уровня подготовки конечных пользователей. Следует уделять большое внимание разработке механизма финансирования научно-технической деятельности и внедренческим решениям на равноценной основе.

К примерам инновационных ассистивных технологий относятся:

- Робот PARO, используемый в учреждениях социальной помощи. Этот робот в виде детеныша тюленя играет роль питомца (22) <http://www.parorobots.com>
- Гибридное ассистивное устройство для поддержки поясницы HAL lumbar type. Устройство представляет собой механический аналог мышц и помогает поднимать пациентов и перемещать их с кровати на стул и затем в ванную. https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12

РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА УХОДА

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- ✓ Помощь, ориентированная на потребности человека, основывается на целостном и индивидуально ориентированном подходе, и ее оказанию способствуют отношения сотрудничества между медицинскими работниками, пожилыми людьми, а также членами семьи и друзьями, которые им содействуют.
- ✓ Помощь пожилым людям в целеполагании могут оказать мультидисциплинарные коллективы.
- ✓ Оказание помощи, ориентированной на потребности человека, необходимо согласовывать в свете приоритетных для пожилого человека потребностей и целей.
- ✓ Для достижения намеченных целей требуется неизменное и регулярное последующее наблюдение.

Концепция планирования индивидуальной помощи – это гуманистическая концепция, в которой предпринят отход от традиционных методов, ориентированных на конкретное заболевание, и уделено внимание потребностям, ценностям и предпочтениям пожилого человека. После того как сформулирован индивидуальный план ухода, согласно его положениям, выстраивают все компоненты медицинской и социальной помощи, а также намечают шаги для достижения реалистичных целей, ориентированных на потребности человека.

ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА УХОДА

1. Изучение результатов и анализ возможностей для укрепления функциональной способности, здоровья и благополучия

На этом этапе мультидисциплинарные коллективы вместе с пожилыми людьми, членами их семей и (или) лицами, осуществляющими уход, проводят изучение результатов оценки, ориентированной на индивидуальные нужды человека, а также мероприятий, предложенных в схемах организации ухода. На основании оценки, ориентированной на индивидуальные нужды человека, формируют список рекомендуемых мероприятий, который может включаться в план оказания помощи и обсуждаться с пациентом. В ходе этого процесса хорошим подспорьем для работника здравоохранения станет приложение ICOPE. В состав мультидисциплинарных коллективов могут входить все те, кто задействован в оказании помощи пожилому человеку, например, врачи первичной помощи, врачи-специалисты, медицинские сестры, патронажные работники, социальные работники, терапевты (физиотерапевты, трудотерапевты, логопеды, физиотерапевты), лица, осуществляющие уход на возмездной и безвозмездной основе, фармацевты и волонтеры.

2. Целеполагание, ориентированное на потребности человека

При разработке плана ухода ключевым элементом является целеполагание, ориентированное на потребности человека, которое позволяет определять, устанавливать и приоритизировать цели. Необходимо, чтобы мультидисциплинарный коллектив привлекал к процессу принятия решений об организации ухода самих пожилых людей, а также проявлял понимание и уважение к их потребностям, ценностям, предпочтениям и приоритетам. Этот подход может знаменовать преобразовательные изменения в способах взаимодействия медицинских работников с пациентами сегодня.

Цели ухода могут выходить за рамки смягчения непосредственных проявлений заболеваний, и акцент может делаться на привнесении в жизнь пожилых людей значимых для них возможностей, например, сохранения собственной независимости и безопасного пребывания в своем доме на фоне старения, продолжения личностного развития, продуктивного участия в жизни своей общины без ущерба для собственной автономии и состояния здоровья. Для большей очевидности положительных изменений и преимуществ и поддержания уровня мотивации и вовлеченности пожилых людей рекомендуется, помимо средне- и долгосрочных целей (от шести до двенадцати месяцев), также включать в план и краткосрочные (три месяца).

3. Достижение договоренностей в отношении мероприятий

При внесении предложений о включении конкретных мероприятий в план ухода по результатам проведения оценки, ориентированной на индивидуальные нужды человека, и формирования схемы организации ухода необходимо:

- a) согласие пожилого человека;
- b) соответствие предложений целям, потребностям, предпочтениям и приоритетам пожилого человека;
- c) учет особенностей физического и социального окружения пожилого человека.

После этого медицинскому или социальному работнику следует провести обсуждение с пожилым человеком и согласовать место каждого отдельного мероприятия в итоговом плане организации ухода.

4. Заключительный этап составления плана организации ухода и доведение его до сведения участников процесса

На этом этапе медицинскому работнику надлежит отразить результаты обсуждений в плане ухода и предоставить документ пожилому человеку, членам его семьи, лицам, осуществляющим уход, и, при наличии соответствующего согласия, другим лицам, участвующим в организации ухода. Способствовать этому процессу может мобильное приложение ICOPE, через которое всем участникам может направляться резюме плана ухода, где отражены приоритетные цели и определены условия.

5. Мониторинг и последующее наблюдение

Для достижения согласованных целей первоочередную важность имеет мониторинг реализации плана ухода с регулярным последующим наблюдением. Благодаря этому открываются возможности мониторинга хода работы, а также выявления на раннем этапе трудностей участия в мероприятиях, нежелательных явлений, связанных с проводимыми мероприятиями, а также изменений функционального статуса. Кроме того, создаются условия для сохранения синергизма во взаимодействии пожилых людей с лицами, осуществляющими уход. Процесс последующего наблюдения включает, но не ограничивается следующими аспектами:

- обеспечение эффективной поэтапной реализации плана ухода;
- повторное проведение оценки, ориентированной на индивидуальные нужды человека, и документирование любых изменений;
- обобщение результатов, препятствий и затруднений на пути осуществления мероприятий в области охраны здоровья и социальной помощи;
- выявление изменений и вновь возникших потребностей;
- согласование дальнейших способов откликнуться на эти изменения и удовлетворить эти потребности, в том числе, включая по мере необходимости новые мероприятия и выполняя сообразный этому пересмотр и совершенствование плана;
- повторение этого цикла.

КОМПОНЕНТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ

1. Удовлетворение основных потребностей, таких как финансовая безопасность, проживание и личная безопасность.
2. Обучение, развитие и принятие решений, что включает стремления непрерывно повышать уровень собственных знаний и применять их на практике, участвовать в процессе решения задач, продолжать личностное развитие и сохранять способность к осознанному выбору.
3. Поддержание уровня двигательной активности, необходимого для выполнения повседневных действий в доме, посещения магазинов, учреждений сферы услуг и общественного пользования, а также участия в социальной, экономической и культурной деятельности.
4. Формирование и поддержание разнообразных взаимоотношений, в том числе, с детьми и другими членами семьи, неформальных социальных взаимоотношений с друзьями, соседями, коллегами, а также формальных взаимоотношений с патронажными работниками.
5. Личное участие в различных событиях, связанное непосредственно с общественной и культурной жизнью, например, помощь друзьям и соседям, наставничество для сверстников и молодежи, а также помощь членам семьи и общины.

КАКИМ ОБРАЗОМ ПРОИСХОДИТ ПРОЦЕСС ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ, ОРИЕНТИРОВАННОГО НА ПОТРЕБНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ:

Определение целей совместно с пожилым человеком, членами его семьи и лицами, осуществляющими уход (23):

- **ВОПРОС 1**

Назовите то, что в наибольшей степени затрагивает все стороны вашей жизни.

- **ВОПРОС 2**

Назовите несколько конкретных целей, которые вы ставите перед собой в жизни.

- **ВОПРОС 3**

Назовите несколько конкретных целей, связанных с состоянием вашего здоровья, которые вы ставите перед собой.

- **ВОПРОС 4**

Мы только что обсудили жизненные цели и цели, связанные с состоянием здоровья; назовите три, которые будут для вас ведущими на ближайшие три месяца. Какие будут ведущими на ближайшие 6–12 месяцев?

УСТАНОВЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ:

Допускается модификация целей сообразно потребностям пожилых людей и их собственному пониманию проблем.

- **ВОПРОС 5**

Каким именно элементам первой, второй или третьей цели вы бы хотели уделить особое внимание в ближайшие три месяца? В ближайшие 6 – 12 месяцев?

- **ВОПРОС 6**

Как вы работаете над [элемент конкретной цели]?

- **ВОПРОС 7**

Назовите оптимальную, но при этом посильную для вас задачу на пути к достижению этой цели.

ПРИОРИТИЗАЦИЯ ЦЕЛЕЙ:

Достижение согласия между пожилыми людьми и лицами, осуществляющими уход, в части приоритизации целей приведет к лучшим результатам.

- **ВОПРОС 8**

Какой из перечисленных целей вы бы хотели уделить наибольшее внимание в ближайшие три месяца, самостоятельно или при содействии [доктора ХХ и его коллектива]? В ближайшие 6–12 месяцев?

Источник: на основе материалов Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>)

13

КАКИМ ОБРАЗОМ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ И ДОЛГОСРОЧНОЙ ПОМОЩИ МОГУТ СОДЕЙСТВОВАТЬ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ ICOPE

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- ✓ Для эффективной реализации концепции ICOPE требуется комплексный подход, который позволит увязать оказание медицинских и социальных услуг.
- ✓ Оптимизация индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности пожилых людей начинается на уровне общин с усилий общинных работников. Необходимо, чтобы оказание помощи на уровне общин поддерживалось секторами здравоохранения и социальных услуг.
- ✓ В основе концепции ICOPE лежат индивидуальные планы ухода. Лицам, ответственным за исполнение этих планов и организацию работы в соответствии с ними, может потребоваться специальная подготовка в области ведения пациентов.

Во Всемирном докладе ВОЗ о старении и здоровье заданы новые ориентиры для деятельности систем медицинской и долгосрочной помощи (1). В докладе содержится призыв к тому, чтобы деятельность этих систем была сосредоточена на вопросах оптимизации индивидуальной жизнеспособности пожилых людей с целью сохранения и повышения уровня их функциональной способности. Эти новые ориентиры преломляются в практические подходы к проведению оценки и оказанию помощи на общинном уровне в Рекомендациях ВОЗ по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности, опубликованных в 2017 г. (2). В своей совокупности эти документы способствуют развитию ориентированной на потребности человека комплексной системы охраны здоровья, социальной помощи и поддержки. Первыми шагами в реализации концепции является ориентированная на индивидуальные нужды оценка потребностей человека в медицинской и социальной помощи, которую могут проводить общинные работники.

В данной главе изложен ряд важных соображений в части реализации концепции ICOPE. Подробно порядок реализации концепции ICOPE разъяснен в Руководстве ВОЗ для систем и служб по реализации концепции ICOPE (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>)

13.1 ПОДДЕРЖКА РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

В первую очередь надлежит адаптировать рекомендации ВОЗ и данное руководство к местным условиям, культурным и языковым особенностям для практического применения патронажными, медицинскими работниками, лицами, осуществляющими уход, а также самими пожилыми людьми. Всесторонний процесс адаптации может дать начало полномасштабной поддержке новой концепции.

Реализация подхода ICOPE потребует непрерывного взаимодействия на всех уровнях и этапах между участниками процесса, включая лиц, формирующих политику, специалистов здравоохранения, социальных работников, исследователей, представителей общин и других людей. Понимание местного контекста позволит найти действенные и эффективные пути внедрения рекомендаций глобального уровня.

КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ РЕАЛИЗАЦИИ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

При планировании интеграции концепции ICOPE в системы медицинской и долгосрочной помощи необходимо обеспечить:

- **выполнимость условий** – с финансовой и организационной точки зрения;
- **рациональность в долгосрочной перспективе** – эффективность и кадровую обеспеченность;
- **согласованность** – увязку с политикой в области поддержки здорового старения;
- **интегрированность** – увязку работы системы здравоохранения и социальной помощи.

Содействие здоровому старению требует участия как сектора здравоохранения, так и сектора социальной помощи. При условии поддержки курса на интеграцию медицинской и социальной помощи на уровне национальной политики усилия обоих секторов по адаптации и практическому применению концепции ICOPE станут более эффективными. Стратегии, принятые на высоком уровне, могут определять конкретные режимы совместного функционирования секторов здравоохранения и социальной помощи в национальном, региональном и общинном масштабе.

Система инициатив и поощрений, механизмы финансирования и мониторинг показателей эффективности могут содействовать смене приоритетов в пользу такой системы оказания помощи пожилым людям, которая позволяет оптимизировать индивидуальную жизнеспособность и функциональную способность. Следует ориентировать информационные системы на мониторинг этих преобразований на национальном и местном уровнях.

13.2 ТРЕБОВАНИЯ К БЮДЖЕТУ И ЧЕЛОВЕЧЕСКИМ РЕСУРСАМ

С целью определения направлений для дополнительных инвестиций, например, таких как подготовка медицинских работников, применение технологий и адаптация систем информационного обеспечения здравоохранения, следует проанализировать следствия реализации концепции ICOPE. В частности, процесс изучения и практического внедрения нового подхода медицинскими и социальными работниками, а также коллективами первичного звена здравоохранения потребует содействия. В ходе этого процесса, предусматривающего привлечение всех заинтересованных сторон, важная роль может принадлежать национальным и локальным профессиональным обществам.

13.3 ИНТЕГРАЦИЯ УСЛУГ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ В СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Необходимо, чтобы все мероприятия, направленные на оказание помощи, осуществлялись в соответствии с принципами практического применения знаний, которые ВОЗ определила как «обобщение, обмен и применение знаний соответствующими заинтересованными сторонами для активизации внедрения глобальных и местных достижений при укреплении систем здравоохранения и повышении уровня здоровья населения». Для применения этих принципов в деле оказания помощи пожилым людям, имеющим множественные сопутствующие заболевания и(или) испытывающим затруднения в доступе к услугам здравоохранения, был специально разработан руководящий документ ВОЗ, принятый в 2012 г., который касается практического применения знаний в области старения и здоровья (24).

В докладе ВОЗ о механизме комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания от 2016 г. предложены основные принципы предоставления высококачественных комплексных услуг здравоохранения (6). Краеугольным камнем системы оказания комплексной помощи является тщательное ведение пациентов, что позволяет провести в жизнь принципы разработки, координации и мониторинга планов ухода, зачастую, опирающихся на целый ряд компонентов системы здравоохранения и социальной поддержки. Медицинским и социальным работникам может потребоваться специальное обучение, касающееся ведения пациентов, а также клинических аспектов рекомендаций ICOPE.

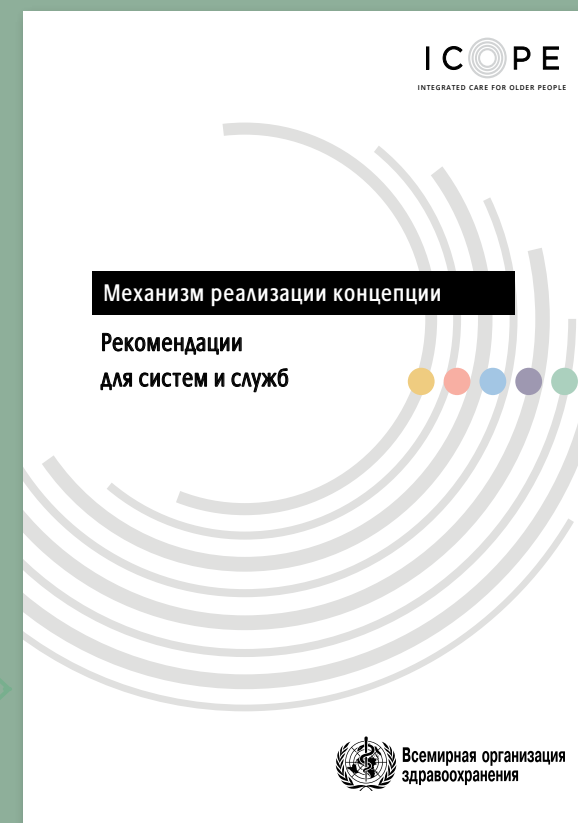
В механизме реализации концепции ICOPE подчеркиваются ключевые меры на уровне служб и систем здравоохранения и социальной поддержки, необходимые для реализации концепции ICOPE (25). В этом

руководящем документе освещены меры (стр. 84), которые следует принять ответственным лицам в службах и системах здравоохранения и социальной поддержки с целью оказания комплексной помощи. Механизмом рекомендованы конкретные меры сообразно объему предоставляемых в настоящее время услуг здравоохранения и социальной помощи.

13.4 ПОДГОТОВКА СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ К РАБОТЕ В ПОРЯДКЕ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ

Мероприятия, предусмотренные концепцией ICOPE, необходимо реализовывать в духе принципа «Старения у домашнего очага». Иными словами, оказание услуг в области здравоохранения и социальной помощи следует производить таким образом, чтобы пожилые люди имели возможность вести безопасное, независимое и комфортное существование в собственном доме и общине. Мероприятия предусматривают осуществление по моделям организации ухода, в которых приоритет отдан первичной помощи и помощи на базе общин. Имеется в виду, в том числе, курс на мероприятия, проводимые на дому, участие общины, а также полностью сформированная комплексная система маршрутизации пациентов.

Невозможно взять этот курс без признания и согласия с решающей ролью общинных работников в обеспечении более широкого доступа к первичной помощи и всеобщему охвату услугами здравоохранения. В руководстве ВОЗ по поддержке политики и систем здравоохранения для оптимизации программ, проводимых общинными медико-санитарными работниками, содержатся научно обоснованные предложения и рекомендации по отбору, обучению, ключевым компетенциям, контролю деятельности и вознаграждению общинных медико-санитарных работников (26).



<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>

РЕЗЮМЕ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ ICORE

МЕРОПРИЯТИЯ НА УРОВНЕ СЛУЖБ

- ✓ **Взаимодействие с населением и общинами и оказание им поддержки.** Привлечение пожилых людей, членов их семей и представителей гражданского общества к оказанию услуг; оказание поддержки и проведение подготовки лиц, осуществляющих уход.
- ✓ **Содействие скоординированному оказанию услуг многопрофильными поставщиками.** Выявление в общине пожилых людей, нуждающихся в уходе, всесторонняя оценка и разработка всеобъемлющих планов ухода, налаживание сетевого взаимодействия медицинских и социальных работников.
- ✓ **Ориентация услуг на уход по месту жительства.** Оказание эффективной помощи приемлемого уровня с упором на функциональную способность силами общинных работников, а также служб при соответствующей инфраструктурной поддержке.

МЕРОПРИЯТИЯ НА УРОВНЕ СИСТЕМ

- ✓ **Укрепление систем управления и подотчетности.** Привлечение всех участников процесса к разработке политики и служб, разработка стратегий и нормативной базы для содействия оказанию комплексной помощи и реагированию на проявления жестокого обращения с пожилыми людьми; непрерывная работа в области обеспечения качества и повышения качества; регулярная оценка потенциала с целью достижения равноправия в доступе к помощи.
- ✓ **Содействие повышению эффективности деятельности на уровне системы.** Развитие системы управления потенциалом, финансовыми и людскими ресурсами; применение технологических решений для обмена информацией между поставщиками услуг; проведение сбора и представления данных, касающихся индивидуальной жизнеспособности и функциональной способности; применение цифровых технологий для содействия самопомощи.

При необходимости специализированной помощи деятельность общинных медико-санитарных работников должна дополняться усилиями медицинских работников в учреждениях сети специализированной и высокотехнологичной помощи. Всем сторонам процесса, ведущим работу на местах, надлежит достичь договоренности относительно четких критериев маршрутизации пациентов и схемы организации ухода, а впоследствии – вести мониторинг обеспечения качества. С тем, чтобы планы оставались действенными, а оказание услуг в области здравоохранения и социальной поддержки – эффективным, необходимы четкие договоренности в отношении последующего контроля. Дальнейшее наблюдение и поддержка могут приобретать особое значение после существенных изменений в состоянии здоровья пожилого человека или весомого события в жизни, например, смены места жительства или смерти супруга, либо лица, осуществляющего уход.

13.5 УЧАСТИЕ ОБЩИН И ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД

Труд общинных работников должен поддерживаться дополнительными ресурсами общины. С целью обеспечения более активной и непосредственной поддержки и помощи пожилым людям в общинах и районах может потребоваться воля к организации и политическая воля на местном уровне, особенно, в смысле поощрения волонтерской деятельности и содействия участию в этом процессе представителей общины старшего поколения. Клубы и ассоциации для пожилых естественным образом дополняют такие усилия.

В то же время, в деле поддержания здорового старения на системах здравоохранения лежит ответственность перед партнерами – общинами, местными организациями, членами семей, а также другими лицами, осуществляющими уход за пожилыми людьми на безвозмездной основе. Эта ответственность выражается в контроле за состоянием здоровья и благополучием лиц, осуществляющих уход, как указано в Главе 11, а также во взаимной поддержке, сотрудничестве и координации с сообществами и местными организациями с целью формирования здоровой окружающей среды для здорового старения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ); 2015 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, по состоянию на 2 апреля 2019 г.).
2. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity (Оказание комплексной помощи пожилым людям: Рекомендации по оказанию помощи на уровне общин при снижении индивидуальной жизнеспособности) Женева: ВОЗ; 2017 г. (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, по состоянию на 2 апреля 2019 г. (на английском языке)).
3. World Population Ageing 2017: Highlights (Доклад о старении населения 2017 г. Основные факты): Нью-Йорк: Департамент по экономическим и социальным вопросам Организации Объединенных Наций; 2017 (<https://sustainabledevelopment.un.org/index.html>, по состоянию на 17 июня 2015 г. (на английском языке)).
4. Цели в области устойчивого развития [веб-сайт]. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; нет даты (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, по состоянию на 2 апреля 2019 г. (на английском языке)).
5. Глобальная стратегия и план действий по проблемам старения и здоровья. Женева: ВОЗ; 2017 г. (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, по состоянию на 2 апреля 2019 г.).
6. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat (Механизм комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания: доклад Секретариата) Женева: ВОЗ; нет даты (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, по состоянию на 2 апреля 2019 г. (на английском языке)).
7. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(1):16–24. doi: 10.1111/jgs.12607.
8. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227–46. doi: 10.1111/jgs.13702.
9. painHEALTH. Pain management. East Perth: Department of Health, Western Australia; no date (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, accessed 1 May 2019).
10. Ассистивные устройства и технологии. Женева: ВОЗ; нет даты (<https://www.who.int/disabilities/technology/ru/>, по состоянию на 1 мая 2019 г.).
11. Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA); DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, accessed 2 April 2019).
12. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev.* 1996;54(1,part 2):S59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
13. Camicelli AP, Keeffe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing.* 2003;22(4):179–85.
14. Нарушения зрения и слепота Глобальная стратегия и план действий по проблемам старения и здоровья. Женева: ВОЗ; 2018 г. (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, по состоянию на 2 апреля 2019 г.).
15. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. *Health Technology Assessment*, 2007, 11(42).
16. Primary ear and hearing care training resource (Учебный ресурс по первичной помощи, по проблемам слуха и слуховых нарушений). Женева: ВОЗ; 2006 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43333>, по состоянию на 2 апреля 2019 г. (на английском языке)).
17. Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in us adults, national health and nutrition examination survey 2005–2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2014;140(4):293–302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
18. Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005–2008. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131(5):573–81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
19. Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, accessed 2 April 2019).
20. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
21. Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest.* 2005;128(6):3925–36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
22. Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(10):871–8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.
23. Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud.* 2018;4:184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2.
24. Практическое применение знаний Женева: ВОЗ; нет даты (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation/ru/, по состоянию на 2 апреля 2019 г.).
25. Оказание комплексной помощи пожилым людям: Руководство для систем и служб. Женева: ВОЗ; 2019 г. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, по состоянию на июнь 2019 г. (на английском языке)).
26. Community-based health workers (Общинные медико-санитарные работники). Женева: ВОЗ; нет даты (<https://www.who.int/hrh/community>, по состоянию на 2 апреля 2019 г. (на английском языке)).

www.who.int/ageing/health-systems/icope

Department of Ageing and Life Course

World Health Organization

Avenue Appia 20

1211 Geneva 27

Switzerland

ageing@who.int



**Всемирная организация
здравоохранения**