



ШКОЛА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ ИЛИ НЕ ПОЛНОСТЬЮ ДЕЕСПОСОБНЫМИ ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДДАНАМИ

Сборник информационно-аналитических материалов семинара

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
«ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ»

**ШКОЛА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:
ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ
ИЛИ НЕ ПОЛНОСТЬЮ ДЕЕСПОСОБНЫМИ
ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ**

Сборник информационно-аналитических материалов семинара

14 декабря 2022 года

Екатеринбург, 2022

Школа пожилого возраста: особенности ухода за недееспособными или не полностью дееспособными пожилыми гражданами / Сборник информационно-аналитических материалов семинара 14 декабря 2022 года. Екатеринбург: ГКУ СОН СО «Организационно-методический центр социальной помощи», 2022.

Составители:

Сборник создан Свердловским региональным отделением Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» в рамках государственного контракта по заказу ГКУ СОН СО «Организационно-методический центр социальной помощи» при поддержке Министерства социальной политики Свердловской области

Бабицкая Оксана Петровна – заведующий кафедрой «Сестринское дело» ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», член Свердловского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

Виноградова Елена Евгеньевна – педагог-психолог ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», победитель Международного научного конкурса «Психолог года – 2022».

Гольшиева Наталья Геннадьевна – руководитель мастерскими по компетенции «Медицинский и социальный уход» ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», член Свердловского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

Евстигнеева Людмила Петровна – доктор медицинских наук, заведующий ревматологическим отделением Свердловской областной клинической больницы № 1, доцент кафедры терапии ФГАОУ «Уральский государственный медицинский университет», главный внештатный специалист-ревматолог Министерства здравоохранения Свердловской области

Рычкова Ирина Валерьевна – педагог-психолог высшей квалификационной категории ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж» (Новоуральский филиал)

Скуратова Анастасия Владимировна – преподаватель дисциплин «Психология» «Основы реабилитации» ГБПОУ «Свердловский областной медицинский колледж», член Свердловского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест»

В сборнике представлены информационные и аналитические материалы семинара, прошедшего 14 декабря 2022 года в рамках реализации направления «Обучение навыкам ухода» «Школ пожилого возраста» и мероприятий комплексной программы Свердловской области «Старшее поколение» до 2025 года», утвержденной постановлением Правительства Свердловской области от 26 декабря 2018 года № 952-ПП.

Материалы сборника предназначены для руководителей, организаторов и преподавателей направления «Обучение навыкам ухода» Школ пожилого возраста, действующих на базе организаций социального обслуживания Свердловской области.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Особенности состояния здоровья пожилого человека и практические рекомендации по уходу за гражданами пожилого возраста на дому (<i>Н.Г. Гольшиева, О.П. Бабицкая</i>).....	6
2. Особенности ухода за пожилыми гражданами, имеющими возрастные когнитивные нарушения (<i>А.В. Скуратова</i>).....	22
3. Обеспечение безопасности пожилых граждан (<i>Л.П.Евстигнеева</i>).....	29
4. Роль семьи в обеспечении достойного уровня жизни подопечных пожилых граждан (<i>Е.Е. Виноградова</i>).....	33
5. Мотивация родственников для осуществления ухода за недееспособными или не полностью дееспособными пожилыми гражданами, оценка способностей обеспечить их потребности (<i>И.В.Рычкова</i>).....	55
Заключение.....	59
Список литературы.....	60

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее актуальных проблем практики современного социального обслуживания и социальной работы в целом является организация комплексного медико-социального ухода за пожилыми людьми, полностью или частично утратившими свою дееспособность, в первую очередь, в силу нарушения и/или утраты основных когнитивных функций (памяти, речи, двигательных способностей и др.).

В «Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г.», утвержденной Организацией Объединенных Наций (2015 г.), утверждается, что вне зависимости от нарушений состояния здоровья ни один человек не должен быть забыт, и все люди должны иметь возможности для реализации своего жизненного потенциала в условиях достоинства и равенства.

Концепция «Комплексный уход за пожилыми людьми (ICOPE)», разработанная Всемирной организацией здравоохранения» (2020 г.), предусматривает внедрение комплексного подхода к организации здравоохранения и социальной помощи, обеспечивающего долгосрочный уход и направленного на более полное удовлетворение потребностей пожилых людей в целях оптимизации их жизненного потенциала в условиях постепенного угасания когнитивных функций.

В связи с этим крайне востребованными являются прикладные и практико-ориентированные разработки, ориентированные на обучение членов семьи и ближайшего окружения пожилого человека, испытывающего выраженные трудности социального функционирования, навыкам адекватного ухода, основанного на безусловном уважении прав личности индивида и обеспечивающего его социальную значимость и индивидуальную полноценность.

В настоящем сборнике представлены информационные и аналитические материалы семинара, проведенного в целях изучения

и распространения опыта реализации современных практик по вопросам ухода за недееспособными или не полностью дееспособными пожилыми гражданами, реализации технологий работы по направлению «Обучение навыкам ухода» «Школ пожилого возраста».

В материалах сборника:

- проанализированы особенности состояния здоровья пожилого человека, основные причины и проявления возрастных когнитивных нарушений и их последствия;

- даны практические рекомендации по организации ухода за пожилыми гражданами, имеющими возрастные когнитивные нарушения, на дому;

- рассмотрены вопросы обеспечения безопасности пожилых граждан, в частности, профилактики угрозы падений в силу развития функциональных двигательных нарушений;

- представлены рекомендации по вовлечению семьи и ближайшего окружения в обеспечение достойного уровня жизни подопечных пожилых граждан, имеющих возрастные когнитивные нарушения;

- изучены проблемы мотивации родственников для осуществления ухода за недееспособными или не полностью дееспособными пожилыми гражданами, оценки способностей обеспечить их потребности.

Материалы сборника предназначены для руководителей, организаторов и преподавателей направления «Обучение навыкам ухода» Школ пожилого возраста, действующих на базе организаций социального обслуживания Свердловской области.

1. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ

В структуре населения всех развитых стран неуклонно возрастает доля пожилых людей; не остается здесь исключением и Россия. Старение населения является серьезной проблемой, решение которой должно осуществляться на общемировом уровне. На II Всемирной ассамблее по проблемам старения (Мадрид, 2002) были представлены демографические данные, свидетельствующие о том, что мир претерпевает демографическую трансформацию: каждый 10-й человек в мире – в возрасте 65 лет и старше. По прогнозам к 2050 г. уже каждый 5-й человек будет в этой возрастной группе.

Пожилые люди – мужчины в возрасте 60 лет и старше и женщины в возрасте 55 лет и старше – самая быстро растущая группа населения России. По данным Росстата, в 2021 г. численность мужчин названной возрастной категории составила 12 106 776 чел. (17,8% всего мужского населения); численность женщин – 26 818 305 чел. (34,2% всего женского населения).

Старение населения обусловлено контролем служб здравоохранения над опасными заболеваниями, научными достижениями в практической медицине и ее доступностью, а также повышением уровня и качества жизни. Тем не менее, люди старших возрастных групп нуждаются в постоянной посторонней помощи и социально-медицинских услугах.

Основной проблемой пожилого и старческого возраста является *ухудшающееся состояние здоровья*, что обусловлено как возрастными физиологическими изменениями, характерными для биологического старения индивида, так и общее снижение качества жизнедеятельности, которое испытывают пожилые люди, особенно после выхода на пенсию.

Течение многих заболеваний у больных пожилого и старческого возраста имеет свои характерные особенности. С возрастом происходит накопление хронических заболеваний, отмечается множественность патологических процессов. В структуре заболеваемости пожилых людей основные ранговые места занимают: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, болезни органов дыхания и пищеварения, заболевания опорно-двигательного аппарата, заболевания суставов, органов зрения и слуха, болезни ЦНС и онкологические заболевания.

По мнению специалистов, особо важно и значимо не само по себе наличие той или иной болезни, а то, в какой степени происходит ограничение повседневной деятельности пожилого человека и формирование его зависимости от посторонней помощи. Наиболее часто к ограничению жизнедеятельности и самостоятельности людей пожилого и старческого возраста наряду с множественными хроническими заболеваниями приводят гериатрические синдромы и в первую очередь *старческая астения*.

Старческая астения. Основу современной гериатрии составляет концепция старческой астении и связанных с ней гериатрических синдромов. Это самый важный синдром, который характеризует состояние пациента после 65 лет и отражает степень его зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Старческая астения – специфическое состояние, которое может развиваться у человека пожилого и старческого возраста и характеризуется такими симптомами, как:

- похудание, когда наблюдается снижение массы тела темпом не более чем на 10% в год;
- нарушение походки;
- снижение мышечной силы;
- развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов;

- низкий уровень двигательной активности.

Старческая астения представляет собой финальный этап процесса старения организма человека, приводя к утрате самообслуживания и вызывая необходимость оказания социально-медицинской помощи и гериатрического ухода. Развитию старческой астении способствуют:

- последствия длительно протекающих хронических заболеваний (сахарный диабет, хроническая сердечная и дыхательная недостаточность, неврологический дефицит как следствие перенесенного инсульта);
- возрастная дисфункция нервной системы;
- возрастной гормональный дефицит: возрастной андрогенный дефицит – у мужчин, менопауза – у женщин, соматопауза, которая сопровождается возрастным снижением инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР-1);
- анемический синдром;
- хронический болевой синдром;
- сидячий образ жизни со значительным ограничением уровня физической активности;
- апатия и депрессия, хронический стресс;
- побочные эффекты медикаментов, которые в пожилом возрасте способны вызывать такие состояния, как потеря аппетита, седативный эффект, падения.

В настоящее время установлено, что к развитию старческой астении могут привести более 65 возрастзависимых гериатрических синдромов. Основные гериатрические синдромы представлены тремя группами (табл. 1).

Таблица 1

Классификация основных гериатрических синдромов

№ п/п	Группы	Синдромы
1.	Соматические синдромы	недостаточное питание (мальнутриция) нарушение ходьбы и общей двигательной

		активности падения пролежни недержание мочи (инконтиненция) нарушения стула нарушения слуха и зрения уменьшение мышечной массы и мышечной силы (саркопения) нарушение сна (инсомния) болевого синдром
2.	Психические синдромы	снижение когнитивных способностей и деменция тревожно-депрессивный синдром делирий нарушения поведения и адаптации
3.	Социальные синдромы	утрата самообслуживания зависимость от посторонней помощи социальная изоляция насилие нарушение семейных связей

Сочетание трех и более указанных синдромов позволяет говорить о развитии старческой астении, а один или два – о наличии старческой преастении (состояния, предшествующего развитию синдрома старческой астении и характеризующегося наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении).

По мере прогрессирования гериатрических синдромов и усугубления явлений старческой астении развивается полная потеря подвижности (человек передвигается только в пределах постели), отмечается постоянное недержание мочи, частые делириозные состояния, выраженные изменения статуса питания, до минимального уровня снижаются социальные контакты.

Главный риск старческой астении – потеря возможности самостоятельно себя обслуживать, что делает пожилого человека уязвимым. Распространенность синдрома старческой астении достаточно велика и колеблется в пределах от 6,9% до 73,4% пациентов в зависимости от выраженности той либо иной нозологии. Чаще всего она регистрируется у женщин, что связано с более высокой продолжительностью жизни.

Россия остается одной из самых неблагополучных стран в отношении частоты развития старческой астении. Старческая астения служит прогностическим фактором и мерой оценки степени утраты самообслуживания в пожилом возрасте, поэтому выявление основных гериатрических синдромов и старческой астении в целом признается важным диагностическим процессом, необходимым для разработки плана лечения, ухода и ведения гериатрического пациента. Своевременное выявление гериатрических проблем способствует предупреждению и замедлению развития старческой астении.

При общении с пожилым людьми в домашних условиях необходимо принимать во внимание, что у многих людей с возрастом наблюдаются снижение слуха, зрения и вообще замедленная соответствующая реакция.

В связи с этим сведения об использовании вспомогательных средств помощи и коммуникации очень важны. Это могут быть очки, слуховой аппарат, съемные зубные протезы, трость, костыли, ортопедическая обувь, ортопедический корсет, абсорбирующее белье.

В процессе осмотра гериатрического пациента часто выявляются нарушения передвижения за счет саркопении и когнитивных нарушений, апатия и сниженный фон настроения, нарушения памяти, дефицит деятельности сенсорных систем. Присоединяются также снижение веса и другие проявления синдрома недостаточности питания, хронический болевой синдром, иммунодефицитное состояние со склонностью к развитию повторных инфекций. Все это затрудняет выполнение пожилым человеком своих ежедневных обязанностей.

Для скрининговой диагностики синдрома старческой астении и изучения гериатрического статуса предлагается проводить осмотр по шкале «Возраст не помеха».

При выявлении положительных ответов по данным опросника рекомендуется использовать специальные шкалы: «Оценка двигательной активности у пожилых», «Оценка риска развития синдрома мальнутриции», «Мини-исследование психического состояния», «Оценка морального статуса», «Оценка независимости в повседневной жизни». Каждый показатель оценивается в баллах.

С целью диагностики гериатрических синдромов могут также использоваться другие системы оценки. Так, для определения риска возникновения пролежней используется наиболее доступная для применения в повседневной практике шкала Нортон. По этой шкале больных подразделяют с учетом 5 показателей, включая физическое и психическое состояние (сознание), активность, подвижность и наличие недержания.

Падения пожилых людей. В настоящее время не вызывает сомнений, что особую социальную значимость ввиду их последствий представляют падения пожилых людей и нарушения психического и морального статуса. Эти состояния приводят к снижению социальной активности и качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста, что признается особо актуальным при изучении вопросов гериатрии (табл. 2).

Таблица 2

Основные факторы риска падений

№ п/п	Группы	Факторы
1.	Связанные с состоянием здоровья	возраст старше 65 лет сведения о том, что ранее у пациента уже были падения нарушения зрения и равновесия

	пожилого пациента	<p>неустойчивость и нарушение походки</p> <p>патология опорно-двигательного аппарата</p> <p>прием ряда лекарственных препаратов (седативных, снотворных, анальгетиков)</p> <p>ортостатическая реакция, сопровождающаяся головокружением, при переходе пациента из положения лежа в положение сидя или стоя</p> <p>увеличение времени реакции (неспособность пациента быстро принять решение в случае возникновения опасности падения)</p> <p>когнитивные нарушения, спутанность сознания или дезориентация</p>
2.	Связанные с воздействием внешних факторов окружающей среды	<p>низкое качество покрытия пола (скользкое покрытие, небольшие скользящие ковры, провода на полу, выступающие пороги)</p> <p>плохая освещенность</p> <p>неприспособленные для пользования пожилыми людьми ванна и туалет (отсутствие поручней, высокие бортики, скользкое покрытие)</p> <p>неудобные для перемещения стулья и кровать</p> <p>неудобная обувь (тесная или большого размера, скользящая по поверхности опоры подошва)</p> <p>неисправные технические средства реабилитации (инвалидное кресло, трость, ходунки)</p> <p>неумение пользоваться некоторыми приспособлениями для пожилых людей в условиях стационарного учреждения</p>

Учет факторов риска падений позволит снизить частоту возникновения синдрома падений и его последствий, тем более, что наиболее

распространенным осложнением падений является *страх последующих падений*, встречающийся не менее чем в 70% случаев.

Мероприятия по профилактике падений:

1. Оценка риска падений с помощью диагностических шкал (шкала Морзе).

2. Организация безопасной безбарьерной терапевтической среды в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания, в том числе достаточное освещение всех помещений, исключение скользких поверхностей, оборудование поручней и перил.

3. Детальное изучение причины каждого падения с целью выработки мер профилактики повторения этого гериатрического синдрома.

4. Если у пациента выявлен высокий риск падения, следует:

- использовать специальную кровать с боковыми ограждениями, регулируемой высотой;

- привести кровать в максимально низкое положение (рядом с кроватью обязательно должно быть ночное освещение);

- хранить предметы первой необходимости в доступном для пациента месте;

- обеспечить пациенту возможность осуществлять все гигиенические процедуры, своевременно посещать туалет (в туалете и ванной комнате должны быть поручни);

- убрать ковры и другие помехи в зоне перемещения пациента, особенно если при перемещении он использует вспомогательные средства (следует перемещаться, придерживаясь за стену, избегать перемещений по мокрому полу);

- научить пациента безопасному использованию вспомогательных средств передвижения (правильно подбирать трость и быть уверенным в ее исправности; при использовании инвалидного кресла быть уверенным в его исправности, а также в исправности его блокирующего устройства; при

перемещении пациента в кресле-каталке в случае отсутствия тормоза следует выполнять эту манипуляцию вдвоем с помощником);

- использовать только безопасную обувь (без каблука, с задником, нескользкую);

- обучать женщин, особенно начиная с периода менопаузы, мерам профилактики остеопороза и его последствий;

- медицинской сестре – осуществляя гериатрический уход, убеждать пациента в необходимости адекватной физической нагрузки;

- пациентам – ходить пешком с чьей-либо помощью не менее 3 раз в день по 20 минут, перемещаться с кровати на стул и обратно с чьей-либо помощью, самостоятельно перемещаться к краю кровати только при наличии поручней, выполнять посильные физические упражнения;

- исключить лекарственные препараты, которые усиливают риск падений.

Саркопения. Одной из наиболее частых причин, провоцирующих падения людей пожилого и старческого возраста, является саркопения, что необходимо учитывать при организации окружающей среды. Саркопения представляет собой обусловленное возрастом снижение массы и силы мышечной ткани. Известно, что пик мышечной массы в норме приходится на 25-летний возраст; к 50-ти годам мышечная масса уменьшается на 10%, к 80-ти годам – на 30%.

К основным причинам саркопении относятся алиментарные факторы (плохое питание, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, возрастной феномен быстрого насыщения), возрастные изменения гормонального фона и снижение двигательной активности. Клиническая картина саркопении характеризуется ощущением мышечной слабости, снижением скорости ходьбы, нарушением баланса – устойчивости и равновесия.

Саркопения увеличивает вероятность падений и ухудшает способность человека выполнять даже обычные ежедневные дела – подниматься по

лестнице, ходить в магазин, убирать, стирать, тем самым приводя к зависимости от посторонней помощи.

В профилактике саркопении центральная роль отводится физическим нагрузкам. Выполнение аэробных, анаэробных (силовых) физических тренировок и упражнений на баланс способствует повышению и поддержанию мышечной силы и по сути является немедикаментозным методом терапии саркопении.

Нарушения сна. В условиях физиологического старения наблюдаются определенные изменения физиологии сна. Нарушения сна в пожилом возрасте могут быть представлены в виде:

- нарушения физиологических функций во время сна (диссомния): храп, синдром обструктивного апноэ, альвеолярная гиповентиляция (на фоне ожирения, хроническая обструктивная болезнь легких), синдром беспокойных ног, ночные нарушения ритма сердца, стенокардия во время сна;

- собственно нарушения сна: инсомния (трудности засыпания), гиперсомния (непривычная сонливость), парасомния (ночные страхи и кошмары).

У пожилых людей наблюдаются частые краткие пробуждения, нередко из-за соматических проблем, сопровождающихся болевым синдромом. Возникает чувство неудовлетворенности ночным сном, что компенсируется сном в дневное время. Развивается синдром полициклического сна в дневной период, особенно – у пациентов с когнитивными расстройствами.

В развитии этого типа нарушений немаловажное значение имеет нарушение гигиены сна: когда пожилой пациент находится в постели без особой надобности, у него видоизменяется периодичность «сон – бодрствование». Гиперсомния (патологическая сонливость и проявление сонливости в дневное время) также может быть симптомом деменции или следствием передозировки седативных препаратов.

Уход за пожилыми людьми с нарушением сна включает в себя как нелекарственные методы, так и прием медикаментозных препаратов.

Нелекарственные методы являются основой применения методики терапевтической среды и включают в себя рациональную гигиену сна, аутогенную тренировку. К наиболее простым правилам гигиены сна относятся:

- вставать и ложиться в одно время;
- в кровати – только спать;
- не спать днем;
- комфортные условия для сна (температура в комнате не более 18-20°C);
- не лежать в кровати, если не хочется спать;
- не пить кофе во второй половине дня;
- физическая нагрузка – не позже чем за 3 часа до сна;
- легкий ужин без излишеств;
- противопоказан алкоголь;
- иметь свой ритуал засыпания – прогулка перед сном, теплая ванна, пижама, теплый чай и прочее;
- запись проблем и их решений для того, чтобы освободиться от тяжелых мыслей.

Нарушения сна и бессонница у гериатрических пациентов могут возникать из-за нехватки гормона мелатонина, содержание которого уменьшается с возрастом. Для повышения поступления мелатонина с пищей рекомендуется употреблять овес, кукурузу, рис, изюм, помидоры, бананы, ячмень. При неэффективности назначается лекарственная терапия препаратами мелатонина.

Синдром мальнутриции. Физиологическое старение организма сопровождается серьезной функциональной и органической перестройкой органов пищеварительной системы. Неправильное питание самым неблагоприятным образом влияет на организм пожилого человека.

В настоящее время в рационе многих пожилых людей преобладает пища, содержащая жиры животного происхождения. Снижается количество потребляемого белка с пищей, при этом мясо употребляется в значительно большем количестве, чем рыба. Очевидны излишества в принятии углеводсодержащей пищи, особенно мучных и сладких продуктов, имеет место излишнее употребление соли. В то же время овощи, фрукты, зелень, растительное масло поступают в ограниченных количествах. Зачастую пожилые люди принимают недостаточное количество жидкости.

В связи с этим в диагностике гериатрического пациента важна оценка питания. В ранний период жизни человека наибольшим риском для здоровья является лишний вес. В дальнейшем с каждым прожитым десятилетием возрастает связь между дефицитом массы тела и летальностью.

Основные проблемы пожилого возраста, приводящие к развитию синдрома мальнутриции: ухудшение состояния здоровья, снижение физической активности, возрастные изменения желудочно-кишечного тракта, уменьшение количества зубов и вкусовых рецепторов.

Учитывая высокий риск развития синдрома мальнутриции у гериатрических пациентов, необходимо обеспечение людей пожилого и старческого возраста рациональным питанием. При этом к питанию пожилых людей должны предъявляться требования по соблюдению мер как санитарно-эпидемиологической безопасности, так и сбалансированного питания по калорийности и содержанию основных пищевых веществ, нормализации питьевого режима.

Основные рекомендации по питанию в пожилом и старческом возрасте:

- использовать продукты и блюда, обладающие легкой перевариваемостью и усвояемостью;
- поддерживать на умеренном уровне потребление белка за счет введения в рацион молочных продуктов, включения в меню ежедневно мяса или рыбы;

- ограничить потребление животного жира, использовать растительные масла;
- использовать в качестве источников углеводов зерновые продукты (крупы, макаронные и хлебобулочные изделия);
- увеличить количество продуктов, содержащих клетчатку, потреблять овощи и фрукты не менее 3 раз в день, уменьшить потребление сахара и сладостей;
- снизить потребление поваренной соли до 5–6 г в день;
- соблюдать режим питания (не должно быть больших перерывов между приемами пищи);
- обеспечить достаточный прием жидкости (не менее 30 мл на 1 кг веса в день в отсутствие застойных явлений в организме).

Деменция пожилого возраста – клинический синдром, характеризующийся утратой памяти и других мыслительных функций. Она появляется вследствие прогрессирующих хронических дегенеративных поражений головного мозга. Деменция выражается не только в нарушении процессов мышления, но и в изменении поведения, вплоть до деградации личности.

При деменции поражается память, творческое мышление, оказывается невозможным выполнение простых задач. Человек перестает ориентироваться во времени, пространстве, в тяжелых случаях – в собственной личности; происходят изменения эмоционально-волевой сферы (появляется эмоциональная лабильность, раздражительность), существенно страдает мотивация (сознание при этом не страдает). Становится невозможным обучение и понимание, беднеет язык, разрушается речь и способность к счету. Основные причины развития деменции – атеросклероз сосудов головного мозга, болезнь Паркинсона, эпилепсия, тяжелый сахарный диабет, сосудистые нарушения. Наиболее частая причина деменции – болезнь Альцгеймера.

Важный принцип ухода – пытаться как можно дольше сохранять у пациента навыки самообслуживания.

Советы по уходу за больными деменцией:

1. Необходимо стремиться к заботливому, но в то же время уверенному и четкому тону в обращении с больными. Быть терпеливым, понимающим, даже если это тяжело.

2. Давать точные указания пожилому человеку простыми, короткими фразами. При необходимости повторять важную информацию, в крайних случаях – много раз.

3. Называть конкретные данные, касающиеся времени, даты, места и имен, необходимо помочь больному их вспомнить.

4. Необходимо поддерживать возможность и желание общения пациента с внешним миром: использовать правильно подобранные очки, слуховой аппарат, приемник с простым управлением.

5. При общении необходимо избегать бессмысленных дискуссий. Вместо того чтобы настаивать на своем мнении, нужно отвлечь больного или самому пойти на уступки. Лучше не реагировать на упреки и укоры. Похвалой можно достичь большего, чем критикой. При правильном поведении пациента похвалу можно выразить словами, прикосновением, улыбкой.

6. Заботиться о неизменности распорядка дня больного.

7. Для пожилых людей очень важно полноценное питание и достаточное потребление жидкости, а также регулярное движение.

8. Больной нуждается в побуждении к умственной деятельности, которая не требует от него чрезмерных усилий, и особенно он нуждается в собеседнике.

Полезны для таких пациентов занятия по когнитивной реабилитации. Это могут быть разные виды арт-терапевтических программ, составление пазлов, выполнение аппликаций, упражнения с кинетическим песком, разгадывание загадок, кроссвордов, заучивание стихов и песен, игра на

музыкальных инструментах, рисование, занятия с любимыми животными и многое другое.

Депрессия – довольно распространенное явление с частотой встречаемости у пожилых людей до 35%, а у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, до 45%, у постинсультных больных – до 47%.

У пожилых пациентов факторами риска для возникновения депрессии становятся наличие серьезных заболеваний, частое обращение за медицинской помощью, хронический болевой синдром, нарушения слуха и зрения.

Депрессия представляет собой психическое расстройство, характеризующееся депрессивной триадой: 1) снижением настроения; 2) утратой способности испытывать радость и негативными суждениями с пессимистичным взглядом на происходящее; 3) двигательной заторможенностью и повышенной утомляемостью.

При депрессии снижена самооценка, наблюдается потеря интереса к жизни и привычной деятельности. В некоторых случаях человек, страдающий ею, может начать злоупотреблять алкоголем или психотропными веществами. Часто депрессии возникают на фоне стрессов, длительно существующих тяжелых травмирующих ситуаций (семейные конфликты, потеря значимых людей, любимой работы, смена места жительства). Депрессия может развиваться на фоне хронических соматических заболеваний, стать результатом побочного действия многих лекарств (например, нейролептиков, кортикостероидов, бензодиазепинов). Иногда депрессия возникает без видимых причин.

Основная задача помощи гериатрическому пациенту заключается в поддержании его качества жизни. Только правильно организованная помощь пациентам с гериатрическими синдромами позволит им провести последние годы жизни полноценно и с достоинством.

Доказано, что при легкой и умеренной депрессии достаточно эффективны психотерапевтические методики. Положительным эффектом

обладают физические упражнения, различные методы физиотерапии (ароматерапия, акупунктура, гипнотерапия, светотерапия). Полезны прогулки на улице в любую погоду, особенно в солнечную.

В аспекте положительного воздействия используется терапия творческим самовыражением, разнообразные методики арттерапии, музыкотерапия, эрготерапия.

Советы по уходу за пожилыми людьми с депрессией:

- больные должны быть под постоянным наблюдением специалистов;
- необходимо учить пациентов приемам самопомощи (в том числе приемам самовнушения и психологической помощи самому себе);
- регулярно слушать музыкальные произведения, поднимающие настроение;
- заниматься любимым делом (танцами, рукоделием и др.);
- выраженный антидепрессивный эффект оказывают физические упражнения и прогулки;

Помощь лицам пожилого возраста в домашних условиях направлена на лечение имеющихся у них заболеваний и уход, поддержание активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворить свои основные жизненные потребности. Наиболее угрожающими состояниями для этой категории населения являются обездвиженность, потеря зрения, патологические нарушения психики (депрессия, деменция), развитие остеопороза, травмы и др.

И главная цель – адаптировать каждого пожилого человека к существованию в комфортном для него социальном окружении. Для её достижения необходим грамотный и своевременный уход, который позволит предотвратить потерю важных функций организма и не дать человеку пожилого возраста превратиться в беспомощного инвалида.

2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ, ИМЕЮЩИМИ ВОЗРАСТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Возраст – не показатель состояния здоровья и уровня когниции и люди пожилого возраста могут сильно различаться по этим показателям. Необходимо ориентироваться на состояние пациента, а не на формальные показатели возраста. Пожилым возраст начинается с 60 лет и длится до самой смерти, проходя за это время несколько этапов развития.

Когнитивные функции – наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. К ним относятся: внимание, память, восприятие (гнозис), психомоторная функция (праксис), управляющая регуляторная функция (планирование и контроль), социальный интеллект.

Нарушения когнитивных функций – одни из наиболее частых расстройств пожилого и старческого возраста.

Когнитивные нарушения – это снижение памяти, умственной работоспособности и других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой).

Классификация когнитивных нарушений разнообразна, в частности, различают когнитивные расстройства легкой, умеренной и тяжелой степени.

Одним из наиболее тяжелых когнитивных нарушений является деменция – приобретённое слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

Когнитивные нарушения, оказывают влияние на потребности всех уровней. Исходя из этого, стоит более подробно рассмотреть *особенности ухода за пожилым человеком*, имеющим подобные нарушения (табл. 3).

Особенности ухода за пожилым человеком, имеющим когнитивные нарушения

№ п/п	Направления ухода	Содержание
1.	Создание безопасной и комфортной среды	Предпримите все меры, чтобы место проживания было максимально комфортным и безопасным для пожилого человека, так как снижение памяти и нарушения координации движений, повышают риск травматизации.
2.	Медицинское сопровождение и систематический мониторинг состояния здоровья	Контролируйте выполнение назначений врача, в том числе своевременный прием препаратов (составьте визуальное расписание, приобретите таблетницы-органайзеры, установите мобильное приложение для смартфона).
3.	Организация рационального режима дня	Установите режим, по возможности сохраняя максимально привычный порядок жизни и занятий пожилого человека. Благодаря режиму повседневная жизнь делается более организованной и упорядоченно, что стимулирует адекватное восприятие времени и пространства.
4.	Сохранение максимальной активности и самообслуживания	Поддерживайте независимость пожилого человека, это поможет ему сохранить чувство самоуважения. Не выполняйте за него тех действий, которые он может выполнить сам.
5.	Общение	Так как с прогрессированием болезни общение с пожилым человеком будет затрудняться,

		<p>необходимо:</p> <ul style="list-style-type: none"> - перед тем, как начать разговор, убедиться, что человек вас слушает; - говорить четко, медленно и внятно, глядя в лицо и поддерживая контакт глаз; - проявлять душевную теплоту, любовь и заботу; - обращать внимание на невербальные реакции пожилого человека.
6.	Стимуляция сохранения памяти	Используйте наглядные пособия, помогающие пожилому человеку вспоминать определенные вещи и чувствовать себя увереннее (например, семейные фотографии, видео и пр.).
7.	Физическая активность	Поддерживайте физически активный образ жизни пожилого человека. Физические упражнения благотворно влияют на сердечно-сосудистую и дыхательную систему, индекс массы тела и эмоциональную сферу.
8.	Личная гигиена	<p>Помогая пожилому человеку, важно помнить, что основная задача – максимально долго сохранять навыки самообслуживания и не забывать о личном достоинстве человека. Поэтому:</p> <ul style="list-style-type: none"> - контролируйте регулярное принятие душа (это намного проще, чем купание в ванне); - если пожилой человек выражает смущение, когда вы помогаете ему при купании, можно оставлять закрытыми определенные участки тела; - важно помнить о безопасности, в этом помогут поручни, стул для ванной, противоскользящие коврики.

9.	Питание	<p>При когнитивных нарушениях пожилые люди часто не помнят, принимали они пищу или нет, забывают о правилах использования столовых приборов.</p> <p>Чтобы помочь справиться с этими трудностями возможно:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нарезать пищу маленькими кусочками или готовить ее в виде пюре; - отслеживать, чтобы человек ел медленно. <p>На более поздних стадиях деменции может возникнуть потребность в кормлении человека, а также появиться проблемы с жеванием и глотанием.</p>
10.	Посещение туалета	<p>Пожилый человек может утратить способность самостоятельно контролировать туалетные навыки, поэтому:</p> <ul style="list-style-type: none"> - установите определенный режим посещения туалета; - повесьте на дверь туалета яркую табличку с четким изображением назначения комнаты; - оставляйте дверь туалетной комнаты открытой, чтобы ее проще было найти; - убедитесь, что одежда легко снимается; - сбалансируйте питьевой режим и в пределах разумного, ограничьте прием жидкости перед сном. <p>При прогрессировании когнитивных нарушений более доступно будет использование прикроватного туалета.</p>

11.	Одевание	<p>Пожилой человек может забыть последовательность одевания и не видеть необходимости в смене одежды.</p> <p>В этом случае может помочь следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> - выкладывайте одежду с учетом последовательности одевания; - избегайте одежды со сложным застегиванием; - приобретите нескользкую, удобную обувь с задником, фиксирующим стопу.
12.	Нарушения сна	<p>Одна из значительных проблем, возникающих при когнитивных нарушениях, является изменение режима сна. Пожилой человек может бодрствовать по ночам и мешать спать другим, в связи с этим:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по возможности ограничьте сон в дневное время; - поддерживайте физическую активность; - следите за тем, чтобы постель пожилого человека была максимально комфортной.
13.	Потеря вещей	<p>Человек с когнитивными нарушениями может забыть, куда положил тот или иной предмет, что в некоторых случаях может вызвать агрессию и обвинения, в том, что вещь кто-то украл. Подобное поведение вызвано чувством неуверенности в себе, ощущением потери памяти и неспособностью контролировать события, поэтому:</p> <ul style="list-style-type: none"> - узнайте, нет ли у человека любимого укромного места для складывания вещей; - перед тем, как выбрасывать мусор, всегда проверяйте мусорную корзину.
14.	Навязчивое	По мере прогрессирования когнитивных

	поведение	<p>нарушений зависимость пожилого человека от ухаживающего лица сильно возрастает. Пожилой человек может начать вести себя, как ребенок, не оставлять в покое и постоянно ходить следом.</p> <p>Подобное поведение провоцирует чувство неуверенности в себе и страх, что ухаживающий человек может уйти и не вернуться, поэтому старайтесь переключать внимание человека и занимать его каким-то хобби, если вам необходимо отлучиться.</p>
15.	Бред галлюцинации	<p>На более поздних стадиях развития когнитивных нарушений часто развиваются бред и галлюцинации, когда пожилой человек может видеть или слышать то, чего нет на самом деле, может сильно пугаться своего отражения в зеркале.</p> <p>В таком случае:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не спорьте о реальности увиденного или услышанного; - если человек испуган, постарайтесь его успокоить, говорите мягким спокойным голосом, возьмите за руку; - постарайтесь переключить внимание человека на реально существующий объект.
16.	Неуместное сексуальное поведение	<p>В некоторых случаях пожилой человек может проявлять не уместное сексуальное поведение (раздеваться в присутствии посторонних людей, проявлять неуместный повышенный интерес).</p> <p>В связи с этим:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не реагируйте на подобное поведение резко,

		<p>помните, что это одно из проявлений его психического состояния;</p> <p>- постарайтесь переключить внимание человека на другое, более уместное занятие.</p>
17.	Блуждание	<p>Вследствие нарушений координации функций контроля и памяти пожилой человек может уйти из дома, блуждать по окрестностям и потеряться.</p> <p>Чтобы избежать последствий следите за тем, чтобы у него с собой всегда были данные с указанием информации номера телефона, по которому можно позвонить.</p>
18.	Проявление агрессии и жестокости	<p>Время от времени пожилой человек с нарушениями когнитивных функций может вести себя агрессивно и проявлять жестокость.</p> <p>Важно помнить, что агрессивное поведение не осознано и вполне возможно, что оно направлено не на вас, вы просто оказались в центре событий.</p>

Учитывая прогрессирующий и необратимый характер развития когнитивных нарушений, неизбежно возникнет потребность в организации паллиативной помощи пожилому человеку, основным приоритетным направлением которой является создание максимального комфорта, то есть поддержание качества жизни пожилого человека.

Для ухаживающих лиц важно понимать, чего ожидать, как справляться с потерей физических сил и умственных способностей. Как стремительно будут развиваться нарушения. Нужно помнить, что ухаживающий человек также нуждается в поддержке.

3. ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН

Падения в пожилом и старческом возрасте являются одним из главных гериатрических синдромов, определяющих прогноз жизни и автономность пациента независимо от последствий.

По оценкам экспертов, 33% лиц 65 лет и старше имеют анамнез падений, при этом 50% из них падают более одного раза в год. У лиц 65 лет и старше падения являются наиболее частой причиной травм и ведущей причиной смерти вследствие травматических повреждений.

Падения у лиц старших возрастных групп, страдающих остеопорозом, приводят к переломам, наиболее частыми из которых являются переломы бедренной кости, плечевой кости, дистального отдела предплечья и таза. Другой частой локализацией переломов являются переломы позвонков, которые на фоне остеопороза могут случаться без падений, например, при подъеме тяжести, наклонах или резких движениях.

Падения и переломы предотвратимы. Их профилактика является неотъемлемой частью ведения пациента пожилого и старческого возраста.

Падения в пожилом возрасте – многофакторный синдром, который складывается из внутренних и внешних факторов, часть из которых можно модифицировать, в том числе во время ухода за лицами пожилого возраста на дому, обеспечивая безопасность жилья пожилых людей и обучая членов семьи уходу за недееспособными или не полностью дееспособными пожилыми гражданами.

К *внешним факторам* относятся факторы окружающей среды, создающие условия для падений (например, недостаточная ширина ступенек, посторонние предметы, создающие препятствия на пути человека, скользкая поверхность пола, отсутствие поручней, недостаточное освещение в квартире или доме, неадекватная мебель, выбоины на тротуаре, неадекватная обувь) и социально-экономические факторы (социальная изоляция, одинокое проживание, экономические проблемы).

Внутренние факторы риска включают индивидуальные проблемы человека, связанные с его здоровьем и состоянием организма. К этой группе факторов относятся изменения, связанные со старением: снижение физических и когнитивных функций, множественные хронические заболевания.

Взаимодействие биологических факторов с поведенческими и средовыми повышает риск падения. Например, снижение мышечной силы приводит к снижению функциональности и увеличивает риск падений вследствие факторов окружающей среды. Основные факторы защиты от падения включают в себя обеспечение доступной и безопасной среды. Изменения поведения являются ключевым компонентом здорового старения и профилактики падений. Отказ от курения, умеренность в употреблении алкоголя, поддержание нормальной массы тела, физические упражнения позволяют предотвратить падения.

Рекомендуется у всех пациентов пожилого и старческого возраста оценивать риск падений с использованием опросника для самооценки риска падений (Клинические рекомендации «Падения у пациентов пожилого и старческого возраста»).

Меры по профилактике падений и переломов включают:

- физическую активность не менее 150 мин в неделю;
- физические упражнения на тренировку равновесия, мышечной силы и выносливости;
- ежегодную проверку зрения и слуха и их коррекцию;
- когнитивный тренинг;
- питание с достаточным содержанием белка;
- организацию безопасного быта, подбор обуви, обучение правильному стереотипу движений и правильному подъему веса.

Реализации данных мер осуществляется через обучение пациента, а также родственников, ухаживающих лиц и социальных работников.

Оценка безопасности условий проживания наряду с изменением поведения эффективны для снижения как количества падений, так и числа падающих людей пожилого и старческого возраста.

Многофакторные мероприятия по организации безопасной домашней обстановки должны осуществляться при участии врача-гериатра и других специалистов (медицинской сестры, специалиста по социальной работе) после оценки условий проживания пациента.

Рекомендации, которые могут быть даны:

- подбор удобной высоты мебели (кровати, кресел, унитаза и др.);
- обеспечение устойчивости мебели;
- установка поручней, особенно в санузле;
- использование нескользящих напольных покрытий;
- подбор напольного атравматичного покрытия (например, ковролина);
- устранение порогов там, где это возможно;
- достаточное, но не слишком яркое освещение с возможностью включения без вставания с кровати;
- контрастные маркировки на лестницах и ступенях.

Следует убрать с пола предметы, о которые можно споткнуться (провода, шнуры и т.д.) и следить за тем, чтобы ничто не загромождало проходы.

Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендовано консультирование по вопросам подбора обуви для профилактики падений. Необходимо объяснить больному важность использования специализированной обуви и помочь определиться с выбором подходящей модели. Неправильно подобранной считается обувь с каблуком, высота которого превышает 4,5 см; обувь без задника; полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве.

Рекомендуется выбирать обувь с меньшей способностью изгибаться, поскольку именно жесткость материала обуви позволяет увеличить стабильность при начавшемся падении. Рекомендуется использование обуви

на устойчивой, ровной платформе, а также ношение индивидуально подобранных специализированных стелек для коррекции некоторых нарушений походки и обеспечения правильного положения стопы.

Лицам с высоким риском падений для хождения на большие расстояния рекомендуется ношение специализированной ортопедической обуви и использование ортезов голеностопного сустава, в том числе при занятиях физическими упражнениями.

Лицам пожилого и старческого возраста с высоким риском падений, проживающим в учреждениях долговременного ухода, рекомендуется использование протектора бедра, как экономически оправданной меры для профилактики перелома проксимального отдела бедренной кости при падении. При наличии показаний для повышения устойчивости при ходьбе следует пользоваться тростью или ходунками.

Пациентам пожилого и старческого возраста для снижения риска падений рекомендуется постоянный прием витамина D и контроль антигипертензивной терапии, особенно в первые 2-4 недели после ее начала или интенсификации.

У пациентов с высоким риском падений и старческой астенией рекомендуется достижение уровня систолического артериального давления 140-150 мм рт. ст. и не рекомендуется его снижение менее 130 мм рт.ст.

В связи с тем, что падение может случиться, когда пожилой человек находится дома один, следует научить тем действиям, которые надо осуществлять при падении для снижения риска его последствий. Не следует закрываться в ванной или в туалете. Следует всегда носить с собой мобильный телефон, чтобы можно было позвонить в случае падения и невозможности встать. Следует заранее запрограммировать кнопки быстрого дозвона на телефоны близких людей, социального работника, службы спасения или «скорой помощи». При наличии телефонного аппарата, следует установить его таким образом, чтобы можно было бы дотянуться до него, не поднимаясь с пола. Если после падения не получается сесть, следует стянуть

с кровати, дивана или кресла покрывало, подушки, полотенца, одежду, укутаться или обложиться ими, чтобы не замерзнуть.

Таким образом, падения и переломы предотвратимы. Их профилактика является неотъемлемой частью ведения пациента пожилого и старческого возраста. У всех лиц пожилого и старческого возраста рекомендуется оценивать риск падений с использованием опросника для самооценки риска падений. При наличии риска падений следует обеспечить доступную и безопасную среду, мотивировать к сохранению физической активности и занятиям физическими упражнениями, употреблять достаточное количество белка с пищей и витамин D, регулярно обследоваться у гериатра или иного специалиста для устранения факторов риска падений, связанных со здоровьем.

4. РОЛЬ СЕМЬИ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ДОСТОЙНОГО УРОВНЯ ЖИЗНИ ПОДОПЕЧНЫХ ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН

За последние несколько лет общая продолжительность жизни населения выросла. Данная тенденция привела к увеличению числа пенсионеров в обществе. Актуальными стали многие проблемы, касающиеся их общественного и социального положения. Всё большее значение приобретают вопросы о роли и месте пожилого человека в семье, о медико-социальной реабилитации и социальном обслуживании, о социальном попечительстве. Сегодня социальные службы относят социальную адаптацию людей пожилого возраста к числу самых основных задач.

Ослабление здоровья и возрастающее с годами физическое одряхление ставят пожилого человека во всё большую зависимость от других членов семьи, он нуждается в их опеке и помощи. Особенно эта потребность проявляется в периоды обострения болезней. Находясь в семье, пожилые и старые люди могут надеяться на безопасность и независимость от трудностей, с которыми им приходится сталкиваться.

Появление в семье гражданина с выраженными нарушениями в развитии всегда связано с эмоциональными переживаниями близких родственников и опекунов, зачастую испытывающих огромные психологические трудности в общении с другими людьми из-за воздействия длительной, травмирующей психику ситуации, явившейся результатом переживания по поводу нарушений развития подопечного.

Семейный фактор играет существенную роль в возникновении, протекании и преодолении нервно-психических, психосоматических и соматических болезней. Многие семьи, имеющие в своем составе больных нервно-психическими заболеваниями родственников, являются или становятся дисфункциональными, что требует особого подхода со стороны специалистов при оказании помощи – как больным людям, так и их родственникам.

В последнее время вопросами комплексного сопровождения семьи, где проживает совершеннолетний недееспособный или не полностью дееспособный гражданин (далее – подопечный), занимается всё большее число исследователей. В этих работах указывается на то, что участие семьи в коррекционном процессе обязательно. Семейный фактор играет существенную роль в возникновении, протекании и преодолении нервно-психических, психосоматических и соматических болезней. Многие семьи, имеющие в своем составе больных нервно-психическими заболеваниями родственников, являются или становятся беспомощными, что требует особого подхода со стороны специалистов, призванных оказывать как больным, так и их родственникам или опекунам.

Семья как реабилитирующая среда.

Болезнь – тяжкое испытание и для опекаемого, и для его семьи. Начиная с момента постановки диагноза и на протяжении всего лечения жизнь человека и его близких радикальным образом меняется: то, что было доступным и естественным, становится трудным, а подчас – вообще невозможным.

Тяжелое заболевание или внезапное ухудшение – это всегда кризис, всегда вызов для самого больного, его родственников.

Что же придает тяжелому заболеванию столь кризисный и экстремальный характер?

1. Всегда внезапное возникновение ситуации. Невозможность поверить, что это случилось. В то же время, при имеющихся симптомах, родственник и больной зачастую уже бессознательно готов к этому.

2. Наличие угрозы изменения качества жизни.

3. Разрушение привычной картины мира (мифологизация болезни: «эта болезнь неизлечима», «ты будешь изгоем», «ты разоришь свою семью»).

4. Отсутствие контроля над происходящим.

5. Стадийность протекания реакции на создавшуюся ситуацию (надежда есть / надежды нет).

6. Неопределенность будущего.

Специфика проблем семьи, в которой живут пациенты с нервно-психическими заболеваниями, определяет проблемы жизни семьи в связи с болезнью ее членов:

- проблемы принятия болезни подопечного;
- необходимость принятия решений в отношении судьбы подопечных;
- стигматизация и самостигматизация;
- переживание чувства вины по поводу болезни подопечного;
- материальные и организационные проблемы длительного лечения и ухода за подопечным;
- психологические проблемы выбора способа лечения (ухода), связанные со значительными затратами усилий и личного времени на их реализацию со стороны опекунов;
- изменение состава семьи в связи с болезнью одного или нескольких ее членов;
- наличие нескольких больных, особенно принадлежащих к разным поколениям;

- влияние состояния больного на качество жизни других членов семьи.

Рассмотрим эти проблемы подробнее.

Психологически едва ли не самым сложным является этап диагностики и последующего принятия болезни (диагноза) подопечного для здоровых членов семьи. Известно, что постановка диагноза нередко сопровождается долгим процессом поиска нужного специалиста, хождения по нескольким медицинским учреждениям, психологическим центрам (вплоть до обращения к знахарям, старцам, целителям, экстрасенсам и др.).

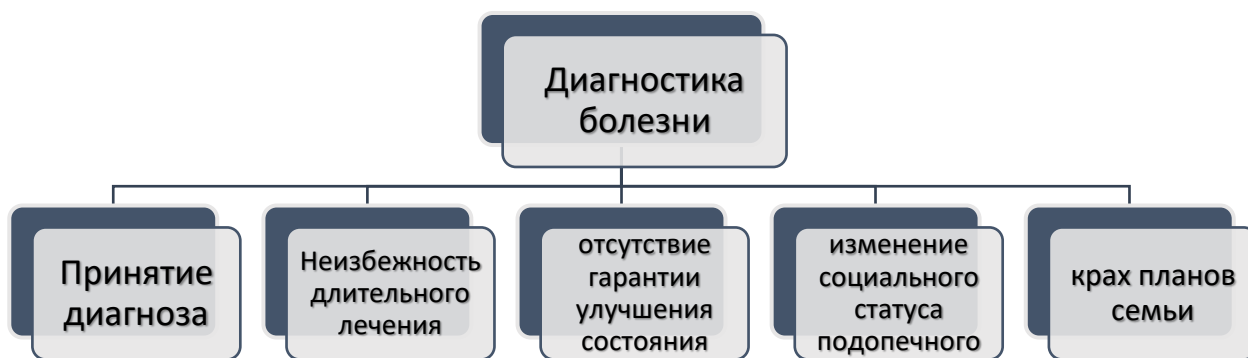


Рис. 1. Проблема принятия болезни подопечного

Когда диагноз наконец-то установлен, возникает следующая трудность – принятие данного диагноза со всеми вытекающими из него сложными и чаще неприятными последствиями (рис.1).

К ним относятся, например, неизбежность длительного лечения, часто без гарантии улучшения состояния подопечного; изменение социального статуса подопечного; крах планов семьи. Принятие диагноза психического или неврологического заболевания в определенной мере можно сопоставить с реакцией острого горя, когда возникают известные фазы его переживания (отрицание, поиск виноватого, депрессивная фаза, примирение).

При этом в поведении членов семьи можно наблюдать различные защитные механизмы личности, которые не всегда являются адекватными ситуации. Для преодоления указанных многочисленных трудностей

необходима профессиональная помощь клинических психологов, конкретные способы которой разнообразны.

Среди причин неприятия болезни можно выделить следующие:

- недостаток информации о болезни;
- боль, связанную с потерей близкого таким, каким его знали и любили;
- боль от утраты надежд на будущее и несбывшихся ожиданий;
- страх социальной изоляции;
- непонятность поведения недееспособного.

Особой ситуацией является сокрытие болезни членами семьи друг от друга. Зная диагноз и прогноз заболевания, родственники скрывают его от больного. Они опасаются, что эта информация будет для него разрушительна и повлечет ухудшение состояния.

В свою очередь, больной чувствует невыносимость своей болезни для родственников, поэтому он начинает ее скрывать от самого себя (не признает себя больным) или винит себя в том, что причиняет боль своим родным. Он страдает от этого и не может обсуждать свои чувства по поводу болезни с семьей. В такой ситуации важно, чтобы чувства родственников не «разрушали» их самих.

Необходимость принятия серьезных решений в отношении своих больных близких часто сопровождается сложными психологическими переживаниями и возможностью декомпенсации здоровых родственников. Часто встречающимися примерами являются помещение в интернат родственника в связи с наличием тяжелого психического заболевания и др. Все эти ситуации требуют профессиональной психологической помощи и поддержки со стороны специалистов-психологов. Сохранение конфиденциальности сведений о болезнях членов семьи снижает риск дестабилизации и ухудшения качества жизни семьи в целом.

Родные и близкие больного часто и небезосновательно опасаются отрицательных социальных последствий стигматизации и самостигматизации. Термин «стигматизация» в данном контексте означает

особое негативное отношение общества к психическим заболеваниям, больным, родственникам и специалистам, работающим в этой области. Восприятие психически больного в нашем обществе резко негативно в связи с существованием стигмы болезни, что серьезно осложняет и без того нелегкую жизнь семьи.

Другим серьезным аспектом проблемы стигматизации может быть появление у здоровых членов семьи, чьи родственники по восходящей или боковой линии страдают нервно-психическими расстройствами, страхов перед неотвратимостью собственной болезни (самостигматизация).

Свой ракурс проблема стигматизации имеет и в отношении больных членов семьи старшего поколения. Появляются проблемы долга перед старшими заболевшими родственниками. Многие члены семьи подвергаются не только стигматизации и самостигматизации, но и испытывают острое или хроническое чувство вины (собственной причастности) по поводу наличия болезни у близкого родственника.



Рис. 2. Механизм «порочного круга» снижения качества жизни

Начинается все с ухудшения состояния здоровья (рис.2). Далее возникает чувство вины, которое формируется по разным причинам.

Это может быть генетическое родство («я носитель патологических генов, он заболел по моей вине») или психогенные механизмы («я довел своего близкого человека до депрессии», «я допустил непоправимые ошибки в воспитании близкого»).

Возникшие в связи с чувством вины переживания могут сказаться на психическом и соматическом здоровье, а также социальной адаптации здорового члена семьи. Вероятно развитие затяжных субдепрессивных состояний, обострение имеющихся соматических и психосоматических симптомов у ухаживающего, что сказывается на самооценке, уровне работоспособности и вторично ухудшает состояние больного родственника. В этих случаях имеет место механизм «порочного круга», способствующий дальнейшему снижению качества жизни всех членов семьи.

Материальные и организационные проблемы диагностики, лечения и ухода за больным ложатся тяжелым бременем на всю семью. Организационные проблемы включают на этапе диагностики поиск нужного медицинского учреждения и подходящего врача.

На этапе лечения, кроме контактов с врачом, зачастую возникает вопрос о недобровольной госпитализации, требующей соблюдения прав больного и соответствующей процедуры с участием нескольких специалистов и юристов. Большие организационные трудности испытывают родственники при оформлении инвалидности и недееспособности. Длительное лечение современными медикаментозными препаратами, уход за тяжелобольными часто требуют больших денежных затрат, что неизбежно сказывается на снижении прежнего материального благополучия семьи.

Членам семьи принадлежит основная роль в выборе и реализации способа лечения (амбулаторное, стационарное, платное или бесплатное и т.п.). Это также относится к осуществлению рекомендаций врача и схемы

лечения в течение многих лет. При этом поведение родственников в процессе лечения обусловлено социокультурными факторами. Нередко можно встретить приверженность членов семьи к «натуральным» препаратам, например, лечению травами вместо адекватной современной фармакотерапии. В других случаях болезнь родственника понимается как кара, проявление бесовства. В таких случаях возможно использование неадекватных способов лечения, например изгнание бесов.

Важной психологической проблемой является необходимость значительной затраты усилий и личного времени при реализации различных аспектов лечения, например при участии в длительных лечебно-реабилитационных программах. В данном контексте становится актуальной проблема ограниченности «личностного и семейного ресурса» здорового родственника и семьи в целом. В этих случаях может быть востребована помощь специалистов.

Наличие нескольких больных, особенно принадлежащих к разным поколениям, существенно ухудшает качество жизни семьи. В случае болезней членов семьи младшего и самого старшего поколений наибольшая психологическая и другие виды нагрузок падают на членов семьи среднего поколения, нуждающихся в максимальной психологической поддержке.

Реальная жизнь являет множество примеров соотношений болезни и здоровья у членов семьи всех поколений, что порождает необходимость разных видов профессиональной работы клинических психологов. Помощь таким семьям может оказываться как клиническими психологами, работающими с конкретными проблемами членов семьи, так и «универсальным» специалистом по типу семейного клинического психолога. Важная роль принадлежит также социальным педагогам и работникам социальной защиты.

Каждая из вышеперечисленных проблем существенно ухудшает качество жизни семьи, в которой есть больные с нервно-психической патологией. Можно и нужно говорить об ухудшении качества жизни, как

отдельного члена семьи, так и семьи в целом.

Очень часто семья, столкнувшаяся с психическим заболеванием родственника, не только оказывается в информационном вакууме, но и испытывает острый дефицит поддержки и понимания со стороны окружающих, общества; нередко она считает необходимым скрывать «позорный» факт болезни одного из членов семьи. В ситуации изоляции переживания семьи и ее проблемы переносятся острее, иссякают силы, теряется надежда.

Первые психологические реакции носят защитный характер и связаны главным образом с дефицитом информации о психических заболеваниях и путях помощи человеку, столкнувшемуся с подобными проблемами. Ведь в обыденном представлении не только больно, но и стыдно, что близкий тебе человек болен.

Психическое заболевание всегда сопровождается нарушениями поведения, которые шокируют близких; возникает стремление немедленно их выправить, а это, естественно, делается обычными методами: в одних случаях недееспособного бранят и призывают к порядку, в других – тоже бранят и призывают «взять себя в руки».

Крайне трудной для родственников проблемой становится понять и приучить себя к тому, что неправильное поведение подопечного не есть проявление злонамеренности, дурного воспитания или характера, что эти нарушения нельзя устранить или нормализовать обычными (воспитательными или карательными) мерами, что они устранятся по мере улучшения состояния. Неправильное поведение подопечного – естественный повод для огорчения (потому что оно указывает на плохое состояние его здоровья), но совершенно не основание для гнева или раздражения.

В семьях с недееспособным гражданином часто существует проблема понимания родственниками того, что человек болен, тех изменений и ограничений, которые накладывает болезнь. В крайних случаях встречается полное отрицание болезни.

Более распространенным вариантом является формальное принятие болезни. В этом случае, несмотря на то, что родственники признают сам факт существования болезни, они недооценивают отдельные ее проявления, а также тяжесть заболевания. Например, желание поспать подольше, быстрая утомляемость недееспособного могут восприниматься родными как лень, а не как снижение энергетического потенциала, присущее ряду психических заболеваний.

Недооценивая тяжесть заболевания, родственники невольно предъявляют завышенные требования к недееспособному, такие же, как к здоровому, которые он не в состоянии выполнить. Это приводит к взаимным обидам, упрекам и разочарованию, что, в свою очередь, может повлечь к ухудшению его состояния. Специалисты выделяют типичные ошибки в отношении здоровых членов семьи к недееспособному (табл. 4).

Таблица 4

Типичные ошибки в отношении здоровых членов семьи к недееспособному

№ п/п	Типичные ошибки	Содержание
1.	Отторжение	Здоровые члены семьи отдаляются от заболевшего; семья стремится возложить всю ответственность за болезнь, лечение и вообще всё происходящее с больным на него самого.
2.	Примирение с болезнью	Семье свойственно всё «списывать» на болезнь, объяснять болезнью любые черты характера и особенности поведения недееспособного члена семьи. В семье возникает излишняя опека гражданина, его освобождают от малейших нагрузок и домашних обязанностей, что

		приводит к развитию «синдрома выученной беспомощности», пассивному и безучастному отношению к своей дальнейшей судьбе.
3.	Непонимание природы болезни	Семья устранивается от помощи, предъявляет завышенные требования к недееспособному, часто критикует его и выражает недовольство его поведением. В таких семьях обычна конфронтация с лечащими специалистами. Такая позиция может достаточно серьезно мешать лечению.

Члены семьи должны понимать, что после установления диагноза психического заболевания жизнь не заканчивается. Конечно, болезнь накладывает ограничения на гражданина и его родных, требует пересмотра жизненных перспектив и уровня притязаний, однако это не означает, что у человека нет будущего. Впереди целая жизнь, в которой он может создать семью и реализоваться как личность.

Как только семья доживает до момента, когда в голову приходит вопрос «что же теперь делать?», поиск хорошей литературы и общественных организаций, способных дать необходимые знания, приобретает первостепенное значение.

Способы реагирования семьи на стрессовые ситуации.

Стрессовых ситуаций и накалов страстей в семье, как и в жизни каждого отдельного человека, не избежать. Жизнь состоит из постоянного преодоления каких-то проблем и трудностей, и в ней никуда не уйти от потерь, трагедий и разочарований.

Стресс – состояние психофизиологического напряжения, совокупность защитных физиологических реакций, наступающих в организме человека в ответ на воздействие различных неблагоприятных факторов.

Особенно опасен скрытый затяжной стресс, который может мучить

человека годами. Он ни в чем особом не выражается, кроме того, что человек постоянно раздражается по мелочам, недоволен своей жизнью, вздыхает без причины, как будто что-то скрывая. Окружающим кажется, что у человека просто такой мрачный пессимистичный характер, на самом деле всему виной стресс.

Постоянные волнения, переживания, а тем более стрессы медленно и верно разрушают организм: могут привести к заболеваниям пищеварительного тракта, нарушению работы сердечной мышцы, к постоянным головным болям и расшатыванию нервной системы. Стресс особенно бьет по больному месту, то есть начинает в первую очередь обострять хронические заболевания.

Жизненные трудности, переживаемые семьей, вызывают *семейный стресс* – состояние, которое возникает как нарушение равновесия между реально существующими или воспринимаемыми требованиями к семье (в виде угрозы, потери) и возможностями семьи справиться с ними (Р.Хилл). При этом семейный стресс не обязательно достигает уровня семейного кризиса, который можно определить как необратимую перемену в жизни семьи в результате стресса, неспособность семьи восстановить стабильное состояние, когда привычные роли становятся неадекватными, и происходит разрушение прежних образцов поведения (болезнь члена семьи).

Если семья использует свои ресурсы, умения и противостоит деструктивным переменам, семейный стресс можно преодолеть. Основным же механизмом, обеспечивающим достижение успеха, является копинг-стратегия – поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам.

Семейный копинг (совладание) – сознательное целенаправленное поведение членов семьи по преодолению стресса (в отличие от поведения защитного).

Способы продуктивного копинга семьи в стрессовой ситуации:

1. Поиск информации, принятие стрессовой ситуации.
2. Поиск социальной поддержки от близкого окружения

(родственников, друзей, находящихся в подобных ситуациях) и профессионалов.

3. Гибкость семейных ролей.
4. Оптимизм, вера в лучшее.
5. Изменение стиля общения в семье, налаживание коммуникации.
6. Включенность всех членов семьи в разрешение проблемы.

Знание же критериев переживания стрессовой ситуации в функциональной семье (табл. 5) позволяют оценить степень дисфункции семьи и запланировать корректирующие мероприятия.

Таблица 5

Особенности переживания стрессовой ситуации в разных типах семей

Семейные параметры	Функциональная семья	Дисфункциональная семья
Идентификация стрессора	Четкое, принятие	Нечеткое, отрицание
Локус проблемы	Это общее дело	Это дело одного человека
Подход к проблеме	Решение	Обвинение других
Терпимость	Высокая	Низкая
Участие и забота	Прямые, явные	Непрямые, неявные
Общение	Открытость	Уход в себя, закрытость
Сплоченность	Высокая	Низкая
Семейные роли	Гибкие	Жесткие
Использование ресурсов	Полное	Неполное
Насилие	Нет	Есть

Наличие лидера	Один лидер, либо равенство	Отсутствие лидера, невозможность принять решение
----------------	----------------------------	--

Система внешней поддержки и собственные ресурсы семьи.

Члены семей обычно делают всё, что могут для больных родственников; при подготовке и поддержке возможности семьи чрезвычайно возрастают. Образование – одно из важнейших средств выживания, когда речь идет об этих непонятных и сложных заболеваниях. Симптомы трудно распознать, особенно в начале.

Нелегко понять и методы лечения. Сама система психического здоровья и используемые ею правовые процедуры чрезвычайно сложны, а порой и нелогичны. При отсутствии хороших, практических знаний в этой области жизнь родственника /опекуна может стать еще более напряженной и разбитой – ведь даже обладая такими знаниями, человек имеет массу оснований к гневу, разочарованию, боли и замешательству.

Психические заболевания часто непредсказуемы, поэтому надо научиться быть готовым к неожиданному. Родственник избавит себя от многих проблем, посоветовавшись с доброжелательным инструктором или консультантом, вместо того чтобы проходить десятилетнюю школу тяжелого практического опыта.

Развитие способности отвечать родственнику спокойно и собранно, а не раздраженно позволит снять лишнее напряжение в отношениях. Пользуясь литературой, видео- и аудиозаписями или посещая занятия, опекун сможет больше узнать о болезни и о том, как с ней справляться, научиться распознавать признаки начала ухудшения самочувствия родственника, а раннее вмешательство избавит всех от ненужной боли и страданий. Важно научить опекуна лучше распознавать признаки ухудшения, не впадая при этом в панику. Точно так же знания помогут

обнаружить прогресс в состоянии недееспособного родственника – поскольку улучшение обычно происходит намного медленнее, чем хотелось бы, его легко не заметить.

Родственникам и опекунам недееспособных граждан, интересующихся и стремящихся больше узнать о психических болезнях своего подопечного, грамотно организовать и наладить коммуникацию с ним, очень трудно разыскать необходимые источники информации.

Весомый вклад в помощи таким семьям оказывают общественные организации, работающие в области психического здоровья. Эти организации объединяют родственников недееспособных граждан, помогают организовать семье досуг недееспособного, создавая группы по интересам, клубы общения; контролируют качество помощи семье; отстаивают права и законные интересы семьи, имеющей в своем составе недееспособного (ограниченно дееспособного) гражданина. Они создают группы взаимной поддержки, объединяющие людей с общими проблемами, где «каждый, помогая другому, помогает себе», где люди обмениваются как информацией, так и собственным опытом жизни в условиях болезни.

Но самое главное, чем они занимаются, – это образование. Ассоциации организуют образовательные программы, собирают качественную литературу и издают собственные брошюры и буклеты; активно сотрудничают с профессионалами (врачами, психологами, юристами).

Психиатрическое просвещение как форма информационной и социально-психологической поддержки родственников недееспособных граждан стало активно внедряться в нашей стране. В ряде зарубежных стран образовательный подход при оказании помощи семье применяется уже не одно десятилетие. Результаты научных исследований доказали, что психиатрическое просвещение служит основой понимания душевного мира недееспособного гражданина, что, в свою очередь, служит снижению психологического напряжения родственников и семье в целом при установлении контакта с подопечным и способствует эффективному

взаимодействию с ним.

Обращение в службы психического здоровья. Опекунам важно знакомиться со службами психического здоровья, действующими в своей местности. Независимо от того, понадобятся ли они сейчас их родственнику, знать о них крайне важно. Труднее всего что-либо предпринимать во время кризиса. Чем скорее они смогут узнать, куда обратиться во время кризиса или в тот момент, когда родственник решит, что нуждается в помощи, тем лучше окажется подготовленным к таким ситуациям.

В самых разумных и предусмотрительных семьях списки номеров телефонов и адресов служб психиатрической помощи, врачей и прочих держат в условленном месте около телефона. Всё, что удастся сделать в острый момент, чтобы приступ прекратился хоть на несколько минут скорее, может быть большой удачей.

И точно так же, как опекуну важно выяснить, чего реально можно ожидать от родственника, он должен понять, чего может реально ожидать от самого себя.

Внесение большего количества радости в свою жизнь приведет к психологическому обогащению жизни, несмотря на трагедию в семье. Ресурсом является способность поддерживать доброжелательную жизненную дистанцию в отношении с родственником, поиск необходимой поддержки во всём, что положительно влияет на ваши отношения с недееспособным родственником.

Присоединение к группе поддержки – самое важное и полезное, что может опекун сделать для себя. Необходимо говорить опекунам: «В условиях, когда так мало людей понимают, через какие испытания вы проходите, и еще меньше людей знают, как нужно поступать в этих условиях, нет ничего важнее возможности поговорить с теми, кто через всё это прошел. Иметь возможность поговорить, получить поддержку и информацию о психическом заболевании – чрезвычайно важно для душевного состояния».

Умение справляться с негативными чувствами, возникающими у членов семьи при общении с психически больным. Опекуну предстоит научиться относиться терпеливо к самому себе, как к больному родственнику.

Принятие неспособности что-либо существенно изменить. Никому не хочется чувствовать себя беспомощным, особенно если страдает любимый человек. Конечно, гнев и беспокойство могут вызываться и раздражающим поведением больного.

Всплески чувств бывают неприемлемыми и довольно опасными: легко рассердиться на членов семьи и подопечного, если они что-то делают неправильно с точки зрения опекуна. Поиск способов справиться с непосредственной причиной вспышки гнева позволит как можно точнее выяснить, что именно в данной конкретной ситуации вызвало гнев и возмущение.

Умение справляться со стрессом. В большинстве случаев, чтобы справиться со стрессом, нужна помощь психолога или психотерапевта, очень сильно помогает поддержка близких людей, но также человек в силах сам себе помочь.

Во-первых, человек должен признать, что у него есть такая проблема, как стресс, и попытаться определить его причины. Затем нужно подумать о том, как устранить причины стресса или минимизировать их влияние на организм. Если стресс вызван конфликтом в семье, то нужно решать этот конфликт. Во многих случаях помогают справиться со стрессом позитивный внутренний настрой и здоровый образ жизни.



Рис. 3. Стресс-факторы у близких недееспособного гражданина

Чувства и ситуации (рис. 3), переживаемые близкими недееспособного гражданина, являются сильными дополнительными стрессорами. Поэтому неудивительно, что в таких семьях часто страдают головными болями и проблемами с желудком, бывают плохой сон и аппетит, трудности с общением и все прочие проявления стресса.

Самое первое, с чего необходимо начать, это преодоление тех тяжелых чувств, которые испытывают родственники и опекуны недееспособного гражданина. Только после этого может идти речь о конструктивном разговоре, о помощи. Перебороть тяжелые чувства, которые переполняют человека, когда он узнает о психическом заболевании своего близкого человека, очень непросто.

Чувство вины, испытываемое близкими недееспособного гражданина, – «вина оставшегося в живых». Вина выжившего (уцелевшего) – это смесь чувств вины и стыда, связанная с тем, что человеку удалось сохранить себе жизнь или, если его жизнь идет легче и проще, чем у остальных. Это чувство, что мы не заслуживаем жить лучше, чем близкий и дорогой нам человек; обратная сторона нашего недоумения, почему с хорошими людьми происходят такие ужасные вещи, беспокойство о том, могу ли я жить полной жизнью, если другие не могут.

Еще З. Фрейд говорил о том, что наше психическое функционирует по принципу удовольствия. Все то, что приносит удовольствие – интегрируется

в нас, всё то, что приносит неудовольствие, боль, страх – отвергается. Мы пытаемся оттолкнуть свои собственные негативные чувства, но проблема в том, они никуда не деваются, а просто возвращаются в другой форме. Так же происходит и с виной выжившего (рис. 4).

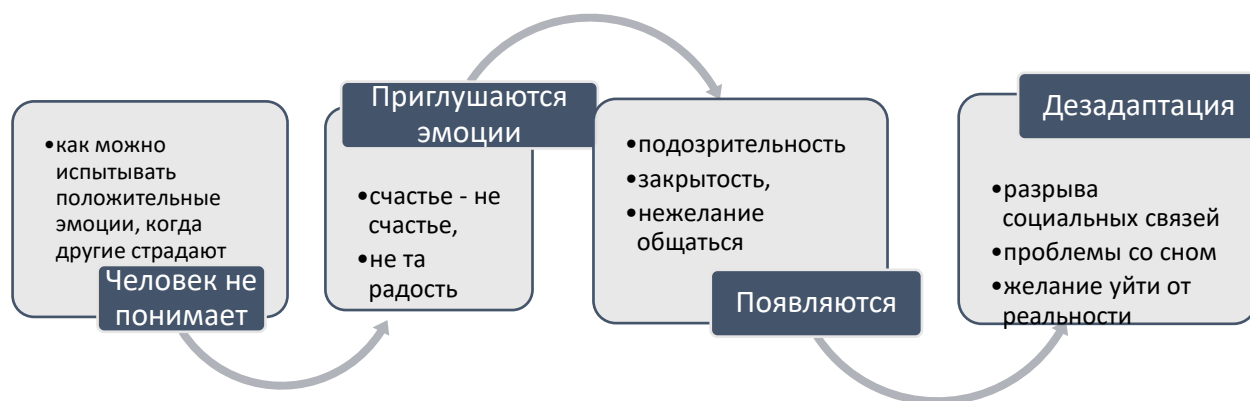


Рис. 4. Проявление вины «выжившего»

Приглушаются эмоции. Происходит изоляция аффекта, в результате чего человек не понимает, как можно испытывать положительные эмоции, в то время, когда другие страдают. Поэтому ему приходится находиться в «приглушенном» состоянии: счастье – не счастье, да и радость уже совсем не та. При этом:

- у человека может появиться подозрительность, закрытость, нежелание общаться;
- человек разрывает социальные связи;
- возникают проблемы со сном: невозможно заснуть, рваный сон или бессонница.
- возникает желание уйти от реальности: алкоголь, учеба, работа др.

Постепенно, шаг за шагом, человек чувствует себя хронически виноватым за всё.

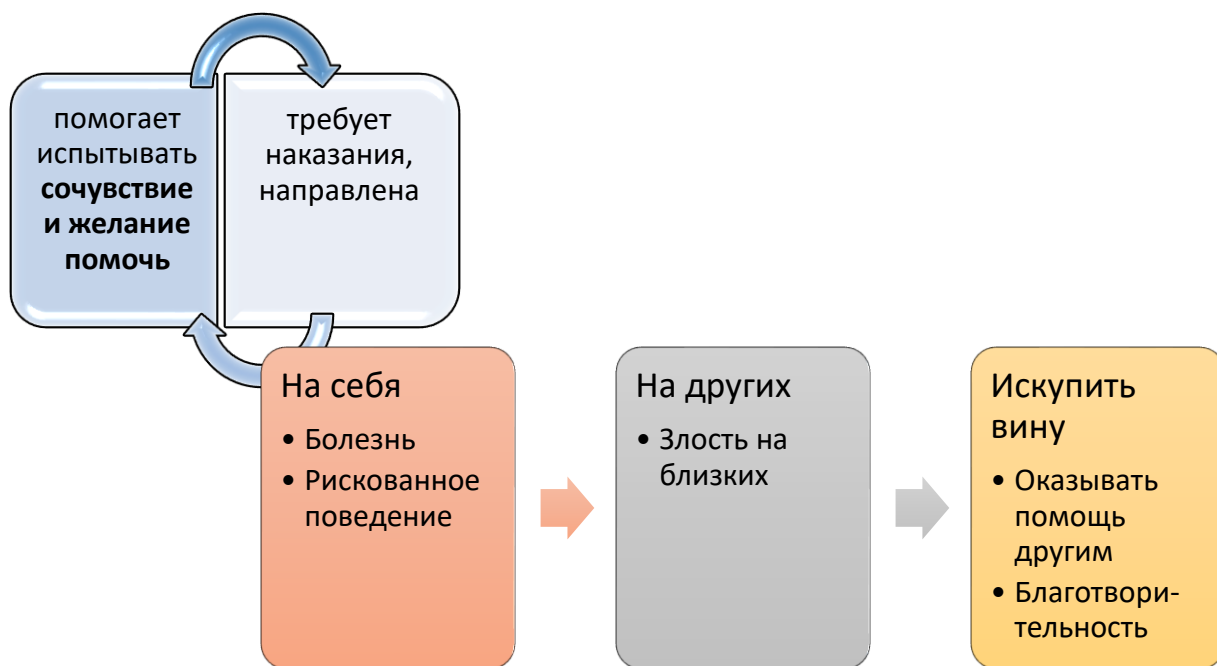


Рис. 5. Закрепление патологической вины

С одной стороны, вина выжившего (рис. 5) помогает испытывать к тому, кто оказался не в лучшей ситуации, сочувствие и желание помочь, но, с другой стороны, бессознательная вина всегда(!) требует наказания. Вина и наказание – всегда идут в связке. И тут возможно несколько вариантов:

Вина разворачивается на себя. Человек уходит в болезни или делает что-то саморазрушительное, например, может заниматься экстремальными видами спорта, ехать в горячие точки, в общем, бессознательно оказываться там, где заведомо опасно. Вина разворачивается в виде злости на своих близких и тех, кто рядом, или, напротив, проявляется желанием репарации. Репарация – процесс уменьшения вины с помощью действия. Человек думает, что должен искупить вину, как-то ее исправить. Например, начинает заниматься благотворительностью, оказывает помощь тем, кто в ней наиболее нуждается. Но загвоздка в том, что, что бы он ни делал, он будет чувствовать, что это ничтожно мало. Так патологическая вина закрепляется.

поговорите о своем чувстве вины

- с понимающим слушателем

постарайтесь понять, какие мысли стоят за вашим чувством вины

- «Я обязан был раньше заметить признаки болезни и что-то предпринять»
- «Я не должен был ему(ей) говорить такое»

не поддавайтесь этим ложным представлениям,

- опираясь на полученную информацию о причинах и течении психических заболеваний

старайтесь не погружаться в прошлое

- сосредоточьтесь на том, что можно сделать в настоящем и будущем для себя и недееспособного родственника

помните, что вы достойны хорошей жизни,

- даже если ваш близкий не так счастлив, как хотелось бы.

Рис.6. Рекомендации родственникам и опекунам, как избавиться от чувства вины

Чувство вины может быть чрезвычайно сильным и разрушительным, мешающим жить полной жизнью, поэтому очень важно найти человека, способного доброжелательно и с пониманием выслушать (рис. 6). Сдерживая это чувство, вы его только усиливаете и ухудшаете последствия.

Определив ложные представления, стоящие за чувством вины, вы сможете рассуждать более разумно. Конечно, всё это предполагает, что вы будете больше знать о психических болезнях – еще один важный стимул к приобретению знаний.

Формирование нового понимания ситуации требует времени, терпения и желания ее изучать и обсуждать с другими. Это трудно по двум причинам. Прежде всего, многие считают, что проблемы по возможности надо решать только внутри семьи.

Им кажется, что просить помощи со стороны – плохо или свидетельствует о слабости. Такой подход несет массу ненужных мучений многим семьям. Никто в семье не должен оставаться наедине с трагедией. Без образования и поддержки семья не сможет справиться с этими сложными

проблемами.

Многим семьям мешают искать помощи предрассудки и невежество нашей культуры в области психических заболеваний. Для таких семей очень важно найти людей, сочувствующих их борьбе с психической болезнью. Такие люди могут облегчить ситуацию так же, как это можно сделать, например, в случаях неожиданной слепоты или рака.

Искать помощь и облегчение надо везде, где только возможно. Но, к сожалению, большинство этого не понимает, стыдливо прячась и культивируя в своих семьях страх и чувство вины.

Самое печальное, что чувство вины очень стойко. От него нелегко освободиться даже тем семьям, в которых перечитали всю литературу о психических заболеваниях и знают всё, что можно узнать о биологических причинах болезней. Они рассказывают, как просыпаются среди ночи от мучительных неразрешимых вопросов о том, как бы надо было поступить в свое время.

Поскольку не всем удастся уйти от этих навязчивых мыслей, желательно постараться отложить их на будущее. Напоминайте себе, что овладев вашим вниманием, они отвлекут вас от конкретных дел по непосредственному улучшению жизни подопечного. Тот, кто слишком погружен в прошлое, не в состоянии как следует помочь в настоящем, и это, по горькой иронии, повлечет усиление чувства вины в будущем.

Лучше всего помогает следующее: каждый член семьи должен жить максимально полной жизнью сейчас, чтобы быть в состоянии отдавать как можно больше и не мучиться над неразрешимыми вопросами. Это конечная цель, однако, ее гораздо легче сформулировать, чем достичь.

Важно также с уважением относиться к действиям других членов семьи. Они могут отличаться от ваших и от того, что вам нравится. Часто это ведет к спорам и напряженным отношениям. Вам должно хватать собственных отношений с недееспособным. Примирившись с различиями в подходах к болезни, можно избавиться от лишних ненужных стрессов в

жизни.

Легко прийти к мысли, что другие поступают плохо или неправильно, если делают не то и не так, как вы хотите. Но, только допустив другие мнения и действия, можно обеспечить гармонию и необходимую поддержку в семье.

5. МОТИВАЦИЯ РОДСТВЕННИКОВ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ УХОДА ЗА НЕДЕЕСПОСОБНЫМИ ИЛИ НЕ ПОЛНОСТЬЮ ДЕЕСПОСОБНЫМИ ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ, ОЦЕНКА СПОСОБНОСТЕЙ ОБЕСПЕЧИТЬ ИХ ПОТРЕБНОСТИ

Что такое здоровье? Согласно определению, данному Всемирной организацией здравоохранения, здоровьем является состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Отсюда следует, что все три составляющих: тело, душа и общество тесно взаимосвязаны между собой и влияют на самочувствие и состояние человека.

Но, если с физическим здоровьем все более или менее ясно, то с психическим иногда возникают сложности. Что это такое? Как за ним следить? Как понять, что не все хорошо? По данным ВОЗ, каждый четвертый человек сталкивается в жизни с проблемами психического здоровья. Но бывают такие особо сложные случаи, когда человек в связи с проблемами в психики перестает отдавать отчет своим действиям.

Недееспособным признается гражданин, страдающий психическим расстройством в такой степени, когда он не способен понимать значение своих действий и руководить ими. А ограниченно дееспособным называют человека, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий, но нуждается в помощи, чтобы руководить ими.

Порядок признания лица недееспособным предусматривается Гражданским процессуальным кодексом РФ. Часть 2 ст. 281 ГПК РФ

определяет круг лиц, правомочных возбуждать дело о признании гражданина недееспособным. Такими лицами являются: члены его семьи, близкие родственники (родители, дети, братья, сестры) независимо от совместного с ним проживания, органы опеки и попечительства, психиатрическое или психоневрологическое учреждение.

Пожилым людям обеспечивает помощь в первую очередь семья. Эта помощь действенна, и она оказывается, несмотря на значительные изменения в структуре семьи, в распределении ролей в современной семье. Члены семьи значительно чаще оказывают помощь пожилым родственникам, чем это было раньше. Следует определиться в формулировании понятия «семейный уход». Это взаимодействие, в котором один член семьи помогает другому на регулярной основе с целью обеспечения ему независимого существования.

Главными мотиваторами, подталкивающими родственника к действию, являются желание добиться чего-либо и страх что-либо потерять. Все остальные являются производными этих двух факторов. Все свои поступки человек совершает по причине одного из этих стимулов.

Какие существуют мотивации для ухода за недееспособным родственником? Любовь, привязанность, недоверие специализированным учреждениям.

Пожилый человек зачастую становится недееспособным; это сопровождается разложением личности и не слишком приятными физиологическими моментами, что приводит к изменению его взаимоотношений с близкими, особенно с теми, кто за ним ухаживает. Пожилый человек начинает существовать на примитивном уровне, уровне ребенка, это накладывает сложности на контакты с ним. Еще одна причина в том, что мы – дети своих родителей, сколько бы лет нам ни было. Всегда есть некое ощущение, что те, кто нас вырастил и воспитал, стоят выше по иерархической лестнице. Когда родители становятся старыми и немощными, они превращаются в детей. Эта смена ролей также усложняет отношения между поколениями.

Среднестатистическая семья в России сталкивается с выбором – кто будет ухаживать за пожилым родственником и кого нанять, чтобы присматривать за родным человеком, который не может сам себя обслуживать и нуждается в постоянной медицинской поддержке без стационарного размещения. В мире растет востребованность социальных учреждений и частных помощников, которые готовы ухаживать за пожилыми людьми. По результатам исследования Аналитического центра НАФИ (2021 г.), большинство россиян не готовы отправлять своих пожилых родственников на постоянное проживание в дома престарелых и только 7% рассматривают такую возможность в бесплатных или коммерческих заведениях.

За последние десятилетия по всему миру усиливается демографический тренд – растет продолжительность жизни и происходит старение населения. Уже сегодня люди старшего поколения составляют четверть жителей России, а в 30% семей есть пожилые родственники, которым требуется постоянный уход. И эти цифры будут только расти.

За последние 5 лет (2016-2021) доля россиян, которые хотели бы воспользоваться услугами домов престарелых для своих родственников, сократилась с 11% до 7%. Из тех же, кто рассматривает такой вариант на коммерческой основе, 67% готовы платить за содержание до 30 тыс. руб., 24% – до 50 тыс. руб. в месяц. При этом большинство россиян предпочитают сами ухаживать за пожилыми родственниками (93% опрошенных не хотят отдавать своих родных в дома престарелых).

Тренд старения населения потенциально может вызвать бум в сфере жилья для пожилых, однако барьером для развития этого сектора могут стать глубоко укоренившиеся стереотипы россиян о жизни в домах престарелых. Сейчас в представлениях большинства отправить родственника в подобное учреждение – неэтично и почти аморально. Россияне считают своим долгом заботу о пожилых людях, однако такой подход серьезно увеличивает

нагрузку на семьи, поскольку большая часть времени посвящается заботе о пожилom родственнике.

Методы психологической поддержки родственников, ухаживающими за пожилыми, могут быть самыми разнообразными: от индивидуальной беседы и психологического консультирования до психодрамы и группы терапии. Наиболее популярными являются индивидуальное и семейное консультирование и группы поддержки.

Консультирование помогает родственнику учиться и пытаться найти новые стратегии и подходы для реагирования на стрессовые факторы, выбрать наиболее подходящие для себя. Консультирование обеспечивает эмоциональную поддержку, которая способствует тому, что родственник берет на себя более активную роль в стратегии совладания.

Консультирование может быть коротким или долговременным. Это зависит от сложности ситуации, индивидуальности пожилого человека. Обычно практикум семь-восемь встреч, на которых родственники получают новую информацию, пытаются получать дополнительную поддержку.

Таким образом, работа с пожилыми людьми проводится в двух направлениях: внутри семьи и с помощью служб социальной защиты с привлечением специалистов разных профилей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важнейшим компонентом организации здорового старения для пожилых людей, имеющих выраженные когнитивные нарушения и полностью или частично утративших свою дееспособность, является оптимизация индивидуальной жизнеспособности даже по мере того как старение приводит к постепенному снижению интеллектуальных и физических возможностей и угасанию когнитивных функций человека.

Расстройства здоровья требуют комплексного подхода, ориентированного как на потребности людей, так и на возможности привлечения к оказанию помощи не только со стороны специалистов (врачей, среднего медицинского персонала, работников социальной сферы), но и со стороны ближайшего окружения пожилых людей.

Для достижения указанных задач требуется не только создание условий для активного участия пожилых людей, членов их семей, лиц, осуществляющих уход, гражданского общества и местных поставщиков услуг в политике в области здравоохранения и социальной помощи, но и, что немаловажно, соответствующее обучение навыкам ухода за недееспособными или не полностью дееспособными пожилыми гражданами.

Обучение навыкам ухода направлено как на ознакомление граждан, осуществляющих уход за пожилыми людьми, с совокупностью необходимых знаний, умений и навыков, их консультирование, так и на развитие профессиональных навыков работников организаций социального обслуживания по вовлечению семьи и ближайшего окружения в процессы социальной адаптации и ресоциализации пожилого человека.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жакова А. Как помочь пожилому человеку, который столкнулся с психологическими проблемами? 2022. [Электронный ресурс]. URL: <https://takiedela.ru/notes/pomoch-pozhilomu-cheloveku/>
2. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации. МКБ 10: F00-03, G30-31, I67-69 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. Год утверждения (частота пересмотра): 2020.
3. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. / Н.Н. Яхно, О.Н. Ткачева, С.И. Гаврилова, О.С. Левин и др. М, 2018. — 62 с.
4. Комплексный уход за пожилыми людьми (ICOPE): Механизм реализации концепции. Рекомендации для систем и служб. Всемирная организация здравоохранения, 2020.
5. Оказание комплексной помощи пожилым людям (ICOPE): 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, Женева, 2019. — 86 с.
6. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации. W00–W08, W10, W11, W17–W19, R29.6 / Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»; Общественная организация «Российская ассоциация по остеопорозу». Утв. Минздравом РФ. М., 2020.
7. Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста: Метод. рекомендации / Бойцов С.А., Вергазова Э.К., Воробьев П.А., Гусев Е.И. и др.; Под ред. О.Н.Ткачевой. — М.: Прометей, 2019. — 72 с.

8. Седых О.Г., Аранчин Д.Э. Приемная семья для граждан пожилого возраста как инновационная технология социальной работы // Baikal Research Journal. — 2019. — № 3.

9. Старческая астения: клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»; одобрены Научно-практическим советом Минздрава РФ. М., 2020.

10. Стереотипы против мирового тренда: большинство россиян не хотят отдавать родственников в дома престарелых / Аналитический центр НАФИ. 2021. <https://nafi.ru/analytics/stereotipy-protiv-mirovogo-trenda-bolshinstvo-rossiyan-ne-khotyat-otdavay-rodstvennikov-v-doma-prest/>.

11. Уход за ослабленными пожилыми людьми: Российские рекомендации / Р.О. Ахметели, Е.Н. Дудинская, С.Г. Затева, Ю.В. Котовская и др. — М.: Человек, 2018. — 224 с.