

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

ИНСТИТУТ УПРАВЛЕНИЯ

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

**ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ
НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К
ПРОФИЛАКТИКЕ И ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ (НА ПРИМЕРЕ УПРАВЛЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки
38.03.04 Государственное и муниципальное управление
заочной формы обучения, группы 05001355
Матютенко Анастасии Николаевны

Научный руководитель
кандидат социологических наук,
доцент Колпина Л. В.

БЕЛГОРОД 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ ПУТЕМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ	9
РАЗДЕЛ II. ПРАКТИКА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	24
РАЗДЕЛ III. НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	63
ПРИЛОЖЕНИЕ	70

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Обеспечение качества жизни населения старших возрастных групп – одна из приоритетных глобальных задач, озвучиваемых в различных документах Всемирной Организации Здравоохранения. Последние годы эта проблема все в большей мере актуализируется в России в рамках разработки и реализации социальной политики, что, в частности, отмечается в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденной Правительством Российской Федерации¹. Между тем, в Рейтинге стран мира по значениям индекса качества жизни пожилых людей, включающего в себя такие показатели, как материальная обеспеченность, состояние здоровья, образование и занятость и хорошие условия жизни, Россия в 2017 году заняла 65 место, а по критерию здоровья Россия 86-е².

Деменция входит в число причин понижения качества жизни граждан старшего поколения. В возрасте 80-ти лет она отмечается уже 20-25% населения. Но обращения к врачу по поводу когнитивных расстройств, связанных с ней, происходят обычно на поздней стадии, когда ничего уже изменить нельзя. На предыдущих же стадиях, когда на течение болезни можно еще повлиять, когнитивные изменения, происходящие с лицами старшей возрастной группы, ими самими и их окружением расцениваются как нормальные процессы старения. В этой связи значимой проблемой является разработка программ предупреждения и своевременного выявления деменции. Другой аспект проблемы связан с тем, что в связи с высокой распространенностью данной болезни, организация деятельности по раннему выявлению и замедлению прогрессирования болезни имеет своим риском

¹ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года: утверждена распоряжением правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. №164-р. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420334631> (дата обращения: 22.12.2017)

² Рейтинг стран мира по показателю качества жизни пожилых людей URL: <https://operkor.wordpress.com/2017/10/02> (дата обращения: 22.12.2017)

значительное увеличение нагрузки на учреждения здравоохранения. Для ее снижения, необходимо привлечение других специалистов, работающих с пожилыми людьми, в первую очередь, социальных работников, что требует скоординированности в организации медико-социальной помощи такого рода. На сегодняшний день в России проблема деменции не вышла на уровень первостепенной важности, не занимает должного места в социальной политике, продолжая негативно влиять на качество жизни населения. Необходимостью решения указанных проблем обусловлен выбор темы данной квалификационной работы.

Научная разработанность темы исследования. Вопросы сущности, определения и детерминации качества жизни пожилых людей исследуются в работах: Е.Ю. Голубевой, С.Г. Максимовой, А. Николаевой, Н.Г. Супрун, Н.В. Тихоновой¹. Диагностическая значимость измерения качества жизни пожилых людей раскрывается в работах О.Н. Старцевой и Н.Д. Чернышевой².

Проблема измерения качества жизни пожилых людей анализируется в работе Л.А. Видясова, И.А. Григорьева³, управленческие аспекты

¹ Голубева Е.Ю. Системный анализ факторов, влияющих на качество жизни пожилого населения при использовании разных форм социального обслуживания // Успехи геронтологии. 2016. Т. 29. № 2; Максимова С.Г. Социально-экономические факторы, определяющие качество жизни лиц пожилого и старческого возраста // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2015. №. 6 (128); Николаева И.А. Взаимосвязь удовлетворенности жизнью пожилых людей с их ценностными отношениями к себе и другим // Современные проблемы науки и образования. 2015. №. 2; Супрун Н. Г. Качество жизни пожилых людей как социальная проблема // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – Vedecko vydavatelske centrum Sociosfera-CZ sro, 2015. №. 46; Тихонова Н.В. и др. Психологический аспект качества жизни пожилого населения Красноярского края // Медицина и образование в Сибири. 2014. № 4

² Старцева О. Н. Качество жизни пожилых людей как критерий эффективности терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания (на примере ярославского областного геронтологического центра) // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22. №. 1-2; Черешнева Н. Д. и др. Оптимизация лекарственной помощи пациентам пожилого возраста на основе оценки качества жизни // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 3.

³ Видясова Л.А., Григорьева И. А. Россия в международных индексах качества жизни пожилых // Журнал социологии и социальной антропологии. 2016. №. 1.

обеспечения качества жизни – в исследованиях М.В. Ершовой, Е.В. Щаниной¹.

Вопросы управления социальной сферой, в том числе проектного управления изучают Ю.С. Верба, И.Н. Иванов, Ю.С. Котикович, И.В. Кузнецова, О.Ю. Кузнецова, О.В. Леонова, И.Е. Моисеева, Н.В. Мироненко, И.А. Новикова, Е.Г. Олейникова, С.Н. Пузин, О.М. Торопова, А.Г. Соловьев, С.С. Симонова, А.И. Татаркин, Л.П. Удовенкова, М.А. Шургая².

Специфика медико-социального подхода представлена в работе О.Б.Истоминой, Т.Б. Аншуковой³

Теоретический анализ показал высокую степень разработанности вопросов качества жизни населения старших возрастов, формирования условий для его обеспечения в рамках социальной политики. Однако наблюдается дефицит исследований по вопросам организации

¹ Ершова М.В. Формирование организационно–экономического механизма управления социокультурным процессом повышения качества жизни населения // Вопросы современной науки и практики. Университет им. В.И. Вернадского. 2017. № 1; Щанина Е.В. Интеграция пожилых людей в современный социум // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2015. № 1 (33).

² Верба Ю.С., Иванов И.Н. Устойчивое развитие и управление проектами: задачи и результаты интеграции // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. № 5 (41); Котикович Ю.С. Каждый третий случай деменции можно предотвратить // Украинський медичний часопис. 2017. №2; Кузнецова И.В. Стратегическое управление социальной сферой в муниципальном образовании // Теория и практика общественного развития. 2014. № 4; Кузнецова О.Ю., Моисеева И.Е. Особенности паллиативной помощи пациентам с деменцией // Российский семейный врач. 2017. Т. 21. № 2; Мироненко Н.В., Леонова О. В. Эволюция развития проектного управления в России и за рубежом // Управленческое консультирование. 2017. № 6 (102); Олейникова Е.Г., Симонова С.С. Нормативно-правовые и организационные аспекты управления социальной сферой в России: история и современность // Философия социальных коммуникаций. 2013. № 3; Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. Т. 18. №. 1; Соловьев А.Г., Новикова И.А., Удовенкова Л.П. Социальная значимость раннего скрининга нарушения психического здоровья лиц пожилого возраста // Шаг навстречу: связь теории и практики социальной работы. 2016. №2; Татаркин А.И., Новикова К.А. Программно-проектное управление потенциалом территории как потребность ее системного развития // Ars Administrandi. 2015. № 2.

³ Истомина О.Б., Аншукова Т.Б. Старшее поколение: региональные особенности социального положения // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. 2016. №. 11 (93).

предупреждения и раннего выявления старческой деменции, деятельности по замедлению ее прогрессирувания в целях обеспечения качества жизни граждан старшего поколения в рамках реализации российской социальной политики.

Проблема исследования заключается в необходимости преодоления противоречия между важностью повышения качества жизни граждан старшего поколения путем снижения рисков наступления деменции и замедления ее прогрессирувания, с одной стороны, и слабой разработанностью вопросов организации соответствующей медико-социальной работы в условиях российского региона, с другой.

В этой связи, **объектом** исследования выступает повышение качества жизни граждан старшего поколения, **предметом** – механизм организации медико-социальной работы по профилактике и замедлению прогрессирувания старческой деменции в деятельности Управления социальной защиты населения Белгородской области по повышению качества жизни граждан старшего поколения.

Цель выпускной квалификационной работы – разработка рекомендаций по оптимизации медико-социальной работы, направленной на профилактику и замедление прогрессирувания старческой деменции в деятельности управления социальной защиты населения Белгородской области по повышению качества жизни граждан старшего поколения.

Задачи выпускной квалификационной работы:

- изучить теоретические основы повышения качества жизни граждан старшего поколения путем профилактики и замедления прогрессирувания старческой деменции;
- проанализировать практику повышения качества жизни граждан старшего поколения на основе применения медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирувания старческой деменции в деятельности управления социальной защиты населения Белгородской области;

– обосновать направления повышения качества жизни граждан старшего поколения на основе применения медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции в деятельности Управления социальной защиты населения Белгородской области.

Теоретико–методологическая база работы. Исследование опирается, во-первых, на системный подход, позволяющий рассмотреть медико-социальную работу с гражданами старшего поколения как взаимодействие организационно-кадровой, нормативной, информационной, методической подсистем¹; во-вторых, на концепцию качества жизни, в рамках которой здоровье выступает его важным элементом².

В работе применялись методы: сравнение, обобщение, анализ документов, наблюдение.

Эмпирическая база исследования: нормативная правовая база федерального и регионального уровня³; результаты комплексного мониторинга уровня и качества жизни пожилых москвичей⁴; материалы

¹ Анисимов В.Н., Серпов В.Ю., Финагентов А. В., Хавинсон В.Х. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Актуальность, нормативная база // Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. № 2; Ткачёва О.Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // Вестник Росздравнадзора. 2016. №. 4.

² Старцева О. Н. Качество жизни пожилых людей как критерий эффективности терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания (на примере ярославского областного геронтологического центра) // Клиническая геронтология. 2016. Т. 22. №. 1-2.

³ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года: Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. №164-р. URL: <http://docs.cntd.ru/document/420334631> (дата обращения 11.12.2017); Об утверждении региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017-2025 годы»: Постановление правительства Белгородской области от 29 мая 2017 г. № 204-пп. URL: <http://docs.cntd.ru/document/450235415> (дата обращения: 25.01.2018)

⁴ Корнилова М.В. Социологический мониторинг уровня и качества жизни пожилых москвичей: новые методические и организационные подходы // Научный результат. Серия «Социология и управление». 2016. №1 (7). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskii-monitoring-urovnya-i-kachestva-zhizni-pozhilyh-moskvichey-novye-metodicheskie-i-organizatsionnye-podhody> (дата обращения: 10.11.2017).

текущего делопроизводства управления социальной защиты населения Белгородской области.

Практическая значимость работы. Результаты теоретического и эмпирического анализа, выводы и рекомендации, предложенные в работе, могут быть использованы в ходе разработке и реализации программ повышения качества жизни граждан старшего поколения учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа включает в себя введение, три раздела, заключение, список источников и литературы и приложение.

РАЗДЕЛ I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ ПУТЕМ ПРОФИЛАКТИКИ И ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ

Обеспечение качества жизни граждан старшего поколения, под которым понимается население в возрасте старше 55 -ти (женщины) и 60-ти (мужчины) лет – одна из приоритетных глобальных задач, озвучиваемая в различных документах Организации Объединенных Наций¹.

Это проблема обусловлена не только гуманистическими императивами, но и глобальной тенденцией увеличения продолжительности жизни населения, увеличением доли людей старших возрастных групп в структуре населения существенной части мира, в том числе, России; «углублением» возрастной структуры самой данной группа, в которой выделяются подгруппы третьего и четвертого возраста, а также долгожители. Данная возрастная группа характеризуется специфическими особенностями, связанными, в первую очередь, со снижением здоровья, а потому – функциональности, автономности, обуславливающими и специфические требования к обеспечению качества жизни ее представителей.

Проблема качества жизни является многоаспектной. Несмотря на то, что первые публикации по данной теме стали появляться в конце 40-ых годов прошлого века, тем не менее, до настоящего времени не сложилось общего представления о том, что оно характеризует и какими показателями определяется. Проблема в большей мере определяется тем, что данная категория используется и как общебиологическое понятие, и экономическое,

¹ Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей: руководящий документ рганизация объединенных наций от 16 декабря 1991 г. URL: http://businesspravo.ru/Docum/DocumShow_DocumID_40278.html (дата обращения: 16.01.2018).

и медицинское и социальное, что подразумевает акцентирование внимания на самых разных аспектах жизни человека¹.

Качество жизни – категория, которая характеризуется существенные обстоятельства жизни населения, определяющие степень достоинства и свободы личности каждого человека, состояние его внутреннего комфорта, а также в обществе².

Всемирная Организация Здравоохранения определяет качество жизни как способ жизни, ставший результатом воздействия комбинации факторов, влияющих на счастье, здоровье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительное образование, работу, социальный успех, свободу, возможность свободных действий, отсутствие каких-либо угнетений и справедливость³.

Качество жизни, прежде всего, определяется самооценкой человека степени удовлетворенности разными сторонами своей жизни, формирующиеся в результате конкретных условий жизни, здоровья, эмоционального состояния и т.д. Так, к числу показателей эмпирической диагностики качества жизни пожилых москвичей отнесены:

- социальное самочувствие,
- проведение досуга и отдыха,
- удовлетворенность обслуживанием,
- возможность передвижения и адаптированность среды обитания к специфическим нуждам,

¹ Семисьянов С.О., Подзняка М.А., Исаев В.Е. Качество жизни пожилого населения в зависимости от возраста, пола и условий стационарного лечения // Медиоорганизация Здравоохранения. 2012. № 1(4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/kachestvo-zhizni-pozhilogo-naseleniya-v-zavisimosti-ot-vozrasta-pola-i-usloviy-statsionarnogo-lecheniya> (дата обращения 10.11. 2017)

² Семисьянов С.О., Подзняка М.А., Исаев В.Е. Качество жизни пожилого населения в зависимости от возраста, пола и условий стационарного лечения // Медиоорганизация Здравоохранения. – 2012. – № 1(4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/kachestvo-zhizni-pozhilogo-naseleniya-v-zavisimosti-ot-vozrasta-pola-i-usloviy-statsionarnogo-lecheniya> (дата обращения 10.11. 2017)

³ Видясова Л.А., Григорьева И.А. Россия в международных индексах качества жизни пожилых //Журнал социологии и социальной антропологии. 2016. № 1. С. 12.

– удовлетворенность жилищными условиями, показатели информатизации жилищного пространства¹.

В современном здравоохранении широко распространен термин «качество жизни, связанное со здоровьем²». Оно определяется удовлетворенностью различными сторонами жизни, на которые оказывают влияние болезни, их следствия, а также их лечение и ограничения, связанные с ним. Важность такого подхода пониманию качества жизни определяется тем, что с его помощью появляется возможность комплексно оценить влияние болезни на жизнь пациента, сравнить эффективность различных стратегий ухода, лечения, поддержки³.

К числу основных показателей качества жизни, ассоциированных со здоровьем, в соответствии с наиболее применяемым в медико–социальных целях опросником SF–36, относятся: общее здоровье, физическое, ролевое физическое, ролевое эмоциональное и социальное функционирование, показатель интенсивности боли, жизненная активность, психологическое здоровье. Общее здоровье характеризует самооценку физического и психологического состояния опрошенного в настоящем, в сравнении с прошлым и ожидаемое состояние в будущем. Физическое функционирование позволяет оценить возможность выполнения тех или иных физических нагрузок, ролевое физическое функционирование – способность выполнять повседневные дела (например, самообслуживание), социальное

¹ Корнилова М.В. Социологический мониторинг уровня и качества жизни пожилых москвичей: новые методические и организационные подходы // Научный результат. Серия «Социология и управление». 2016. №1 (7). URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskii-monitoring-urovnya-i-kachestva-zhizni-pozhilyh-moskvichey-novye-metodicheskie-i-organizatsionnye-podhody> (дата обращения: 10.11.2017).

² Семисьянов С.О., Подзняка М.А., Исаев В.Е. Качество жизни пожилого населения в зависимости от возраста, пола и условий стационарного лечения // Медикоорганизация Здравоохранения. 2012. № 1(4). URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/kachestvo-zhizni-pozhologo-naseleniya-v-zavisimosti-ot-vozrasta-pola-i-usloviy-statsionarnogo-lecheniya> (дата обращения 10.11. 2017)

³ Максимова С.Г. Социально-экономические факторы, определяющие качество жизни лиц пожилого и старческого возраста // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2015. №. 6 (128). С. 129.

функционирование – социальные роли. Эмоциональное функционирование отражает влияние психологического состояния на выполнение дел, общение. Показатель интенсивности боли – влияние боли на повседневную жизнедеятельность. Жизненная активность – показатель энергии человека, а психологическое здоровье – состояние его эмоциональной сферы¹.

Старческая деменция входит в число основных причин снижения качества жизни населения старших возрастов во всем мире. В документах ВОЗ подчеркивается, что улучшения в сфере здравоохранения в двадцатом веке способствовали увеличению продолжительности жизни населения. Однако следствием этого стало также увеличение числа людей с неинфекционными заболеваниями, в том числе с деменцией.

Статистика показывает, что в возрасте 65 лет старческая деменция диагностируется у 5% пожилых людей, потом каждые пять лет происходит удвоение. В результате в возрасте 80 лет она отмечается у 20–25%. По данным на 2012 год 35,6 млн. людей в мире страдают от деменции. Их число удвоится к 2030 году и, более чем утроится к 2050 году.

При этом она негативно влияет на качество жизни не только страдающих ею людей, но и членов их семей и тех, кто осуществляет уход. Деменция является дорогостоящим заболеванием с точки зрения медицинских, социальных, экономических затрат. Почти 60% бремени деменции лежит на странах с низким и средним уровнем дохода².

В странах с высоким уровнем дохода бóльшая часть затрат приходится на неофициальный уход (45%) и официальную социальную помощь (40%), а соответствующая доля прямых медицинских затрат (15%) значительно ниже. В странах с низким уровнем дохода и в странах с уровнем дохода ниже

¹ Голубева Е.Ю. Системный анализ факторов, влияющих на качество жизни пожилого населения при использовании разных форм социального обслуживания // Успехи геронтологии. 2016. Т. 29. № 2. С 12.

² Доклад «Деменция: приоритет общественного здравоохранения» // Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2012. URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012 (дата обращения: 16.01.2018)

среднего прямые затраты на социальную помощь невелики, а преобладают затраты на неофициальный уход (то есть неоплачиваемый уход, обеспечиваемый семьей).

Необходимость в долгосрочном лечении и уходе за людьми, страдающими деменцией, обуславливает перенапряжение в системах здравоохранения и социальных системах и бюджетах. Из-за катастрофически высоких расходов на медицинскую помощь огромное число домохозяйств оказываются за чертой бедности. В этой связи, деменция, повлиявшая на жизнь огромного числа людей и возложившая огромное экономическое бремя расходов на семьи и страны, стала одним из приоритетов общественного здравоохранения.

В 2008 году ВОЗ приступила к реализации Программы действий по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья, которая включает деменцию в число приоритетных проблем.

В 2011 году на совещании на уровне Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними была принята Политическая декларация, в которой констатируется, что «глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний — это один из основных вызовов развитию в XXI веке», и признается, что «психические и неврологические нарушения, включая болезнь Альцгеймера, являются серьезной причиной заболеваемости и вносят свою лепту в глобально бремя неинфекционных заболеваний¹».

Деменция в медицинском плане представляет собой поражение головного мозга, следствием которого является слабоумие. Деменция сопровождается нарушениями эмоционально-волевой сферы, ухудшением памяти, мышления, других когнитивных функций мозга и в конечном итоге

¹ Деменция: приоритет общественного здравоохранения: доклад // Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2012. URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012 (дата обращения: 16.01.2018)

приводит к распаду личности. Деменция является следствием любого заболевания, вызывающего дегенерацию или гибель клеток головного мозга.

Выделяют следующие симптомы деменции: нарушения механической памяти, эгоцентризм, излишняя суетливость в поведении, гиперсексуальность, разговоры на эротическую тематику; дезориентация во времени и пространстве, неряшливость, эгоцентризм¹.

Деменция по-разному поражает разных людей, что зависит от воздействия болезни, состояния самого и особенностей личности.

Признаки и симптомы, связанные с деменцией, проходят три стадии развития: ранняя стадия — первые год или два; средняя стадия — со второго по четвертый или пятый годы; поздняя стадия — пятый год и последующие годы.

Широкая глобальная распространенность деменции и связанные с нею стигматизация и социальная изоляция представляют собой одну из серьезных проблем, обуславливающих снижение качества жизни людей, страдающих деменцией, и осуществляющих уход за ними.

Влияние дементного состояния на качество жизни человека зависит от стадии. Следует отметить, что ранняя стадия часто остается незамеченной. Родственники, друзья, близкие люди, а иногда и специалисты воспринимают ее как нормальное проявление процесса старения. Так как болезнь развивается постепенно, часто не удается точно определить момент ее начала. На этой стадии больные становятся забывчивыми, особенно в отношении недавно произошедших событий. Они могут испытывать затруднение при общении, например, затрудняются правильно подобрать слова. Они могут терять ориентацию в знакомой местности, утрачивать представление о времени суток, года, о месяце. У них возникают сложности при принятии решений, обращении с деньгами, при выполнении работ по

¹ Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. Т. 18. №. 1. С. 46.

дому. Могут стать менее активными в поведении и менее и мотивированными, теряя интерес к какой-либо деятельности и занятиям. Нередко демонстрируют изменения настроения, в том числе депрессию и тревожность, реагировать чрезмерно раздраженно или агрессивно

По мере прогрессирования болезни признаки и симптомы становятся более явными, все сильнее суживая возможности. Усиливается забывчивость – не только недавних событий, но и имен людей, увеличиваются трудности с ориентацией во времени и пространстве (в оценке времени, даты, места и событий, нередко теряя ориентацию в доме или в обществе), возрастает проблематичность при общении (речь и понимание). Изменения в поведении могут включать бесцельное хождение, повторение выкриков, навязчивость, повторение одних и тех же вопросов, нарушенный сон, галлюцинации. Они могут демонстрировать ненадлежащее поведение дома или в обществе (например, расторможенность, агрессию).

На этой стадии дементные больные уже очень зависят от помощи в уходе за собой, самообслуживании, в уборке, приготовление еды, или совершением покупок, обеспечить себе безопасное проживание в одиночестве без серьезной помощи.

Последняя стадия характеризуется почти полной зависимостью, потерей автономности и отсутствием активности. Нарушения памяти становятся значительными, и физические признаки и симптомы более очевидными. На этой стадии больные обычно дезориентированы во времени и пространстве, испытывая затруднения в понимании того, что вокруг них происходит, неспособны узнавать родственников, друзей и знакомые предметы. Не могут принимать пищу без посторонней помощи, даже порой испытывают затруднения при глотании, еще сильнее возрастает потребность в помощи для ухода за собой (пользование ванной и туалетом), неспособны ориентироваться в доме. Трудность в передвижении, пациент может утратить способность ходить и быть прикованным к инвалидному креслу или кровати

- Изменения в поведении могут усиливаться и включать агрессию

в отношении лица, осуществляющего уход, невербальное возбуждение (нанесение ударов, пронзительные крики или стоны).

Национальные институты здравоохранения США в 2010 году провели конференцию с обзором современного состояния науки по вопросам деменции. Анализ исследований позволил сделать выводы о том, что на сегодняшний день невозможно однозначно утверждать что-либо относительно этиологии деменции, деградации когнитивных функций или болезни Альцгеймера, поскольку доказательная база все еще не полна, и необходимы дальнейшие исследования. Однако результаты исследований убедительно доказывают, что болезни сосудов являются одним из основополагающих факторов, предрасполагающих как к развитию деменции.

Помимо этого, по данным исследований заболеваемости с кратковременным и более продолжительным латентным периодом, курение также существенно повышает риск развития болезни Альцгеймера.

Фактором риска также является диабет, гипертензия в среднем возрасте и повышенный уровень холестерина, которые ассоциируются с развитием болезни Альцгеймера в более поздние годы жизни.

Также были получены убедительные данные о том, что в странах с высоким уровнем дохода, более высокие уровни образования и профессиональных достижений ассоциируются с более низкой заболеваемостью деменцией.

Данные эпидемиологических когортных исследований позволяют сделать вывод, что одним из факторов риска возникновения деменции является недостаточная физическая активность и что занятия аэробикой могут снизить вероятность деградации когнитивных функций и защитить от развития деменции. Анализ экспериментов, в которых взрослые здоровые люди занимались аэробикой, выявили положительные данные, свидетельствующие о благоприятном воздействии физических упражнений на когнитивные функции. Наблюдались также повышение объемов

гиппокампа, уменьшение связанной с возрастом потери объема серого вещества и улучшение взаимосвязанности невральной сети.

Таким образом, наиболее перспективной стратегией предотвращения деменции было устранение следующих факторов риска: недостаточной физической активности (12,7% предотвращенных случаев болезни Альцгеймера), курения (13,9% предотвращенных случаев) и низкого уровня образования (19,1% предотвращенных случаев).

Синдром деменции может проявиться после любого заболевания, способного привести к дегенерации и гибели клеток мозга. При этом продолжительность жизни больного зависит от того, с какой скоростью прогрессирует деменция.

Выделяют несколько типов деменций. Первый – лакунарная, которая сопровождается поражением отдельных структур головного мозга. Чаще всего нарушается интеллектуальная сфера, особенно ухудшается кратковременная память. Второй тип – тотальная деменция, которая сопровождается полным распадом личности. При таком протекании деменции затрагивается не только когнитивная, но и эмоционально–волевая сфера, проявляющаяся в повышенной вспыльчивости, раздражительности, девальвация духовных ценностей¹.

Проблематичность ситуации заключается в следующем: обращения к врачу по поводу когнитивных (умственных) расстройств людей преклонного возраста происходят обычно на поздней стадии, когда мало что можно изменить. А на более ранних стадиях, когда течение болезни можно существенно замедлить, когнитивные изменения, происходящие с такими людьми, ими самими и их окружением расцениваются как нормальные процессы старения. Так, снижение внимания в молодом возрасте вызовет тревогу и может послужить поводом обращения к врачу, тогда как в пожилом

¹ Доклад «Деменция: приоритет общественного здравоохранения» // Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2012. URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012 (дата обращения: 16.01.2018)

возрасте это будет игнорироваться, в силу распространенности стереотипа о том, что старость всегда сопряжена с ухудшением внимания, памяти, мышления и т.п.

Однако, во-первых, деменцию во многих случаях можно предупредить; во-вторых, в некоторых случаях (они составляют примерно около пяти процентов. Это случаи когнитивных расстройств, возникающих по причине сосудистых патологий, опухолей головного мозга, интоксикаций, инфекций, травм) – ее можно лечить;

в-третьих, при ее выявлении на ранних стадиях, ее прогрессирование может быть замедлено на 10–15 лет.

Таким образом, ряд медико–социальных мер может способствовать снижению деменции на уровне популяции.

Эти меры могут иметь прямой и косвенный характер.

Косвенные меры касаются:

во-первых, своевременного лечения болезней, ассоциированных с деменцией. Чаще всего деменция является результатом сосудистых нарушений. Деменция ассоциирована также с такими заболеваниями, как сахарный диабет, ожирение, гипертония.

во-вторых, с осуществлением здоровьесберегающих практик.

Прямые меры связаны, в первую очередь, с когнитивной стимуляцией, а также с организацией диагностики и своевременного выявления деменции и рисков ее наступления¹.

Наконец, на поздних стадиях деменции, когда помочь больному уже невозможно, также существует ряд мер, направленных на повышение качества его жизни, которые связаны со спецификой ухода за ним.

Нужно отметить, что, несмотря на разрушение личности, тем не менее, такие больные, также как и когнитивно – и психоэмоционально сохранные

¹ Соловьев А.Г., Новикова И.А., Удовенкова Л.П. Социальная значимость раннего скрининга нарушения психического здоровья лиц пожилого возраста // Шаг навстречу: связь теории и практики социальной работы. 2016. №2. С .12.

люди, страдают от болей (особенно если учитывать, что в пожилом и старческом возрасте отмечается полиморбидный синдром, который заключается в том, что существенная часть этой возрастной группы одновременно страдает в среднем 3–6 заболеваниями одновременно), испытывают различные негативные эмоции, а также способны получать удовольствие и радоваться этому, что также обуславливает необходимость обеспечения им качества жизни.

В докладе Всемирной организации здравоохранения «Деменция: приоритет общественного здравоохранения» подчеркивается, что деменция это сокрушительная болезнь для лиц, осуществляющих уход за больными, и им требуется адекватная поддержка со стороны органов здравоохранения, социальной, финансовой и законодательной системы.

Отмечается, что требуются срочные меры, которые включают:

- развитие дружественно настроенного к деменции общества в мировом масштабе;
- придание деменции приоритетного статуса в сфере общественного здравоохранения и социальной помощи во всем мире;
- улучшение отношения и понимания деменции;
- инвестирование в здоровье и социальные системы для обслуживания людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за больными;
- повышение приоритета, отдаваемого деменции в программе научных исследований¹.

Итак, в связи с тем, что причины деменции могут быть разными, стратегии работы с гражданами старших возрастов могут быть также разными. Во-первых, при подозрении на деменцию во всех случаях необходимо обращение к врачу с целью диагностики причин недомогания, и излечить когнитивное расстройство, если его причины относятся к тем пяти

¹ Доклад «Деменция: приоритет общественного здравоохранения» // Всемирная Организация Здравоохранения. Женева, 2012. URL: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012 (дата обращения: 16.01.2018)

процентам, лечение которых обеспечивает полное восстановление когнитивных функций, либо с целью лечения заболеваний, ассоциированных с дементными состояниями.

Во-вторых, при наличии легких стадий деменции и преддементных состояний необходима работа, направленная на предупреждение и замедление прогрессирования деменции¹.

В-третьих, при тяжелых стадиях деменции необходимо обеспечение специальных условий, в частности, создание специальной терапевтической среды, обуславливающей снижение риска травм дементного больного.

Для успешной реализации этих стратегий требуется тесное сотрудничество социальных и медицинских работников, а также тех и других с родственниками и людьми, осуществляющими уход за пожилыми людьми.

В странах с высоким уровнем дохода был создан ряд программ и служб с целью оказания помощи осуществляющим уход лицам из числа членов семьи, и уменьшения возникающего напряжения. Было выявлено положительное влияние помощи лицам, осуществляющим уход за людьми с деменцией, на сокращение числа случаев помещения получающих уход лиц в специализированные учреждения. Оказалось, что поддержка лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией на дому с использованием имеющихся в местных условиях недорогих людских ресурсов, вполне реально способствует значительному улучшению психического здоровья лица, осуществляющего уход, и снижению бремени ухода.

Опыт развитых стран показывает, что работа по превенции деменции и замедлению ее прогрессирования может быть успешно реализована социальными работниками, психологами, людьми, сосуществующими уход за пожилыми людьми, при условии наличия у них соответствующей

¹ Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. Т. 18. №. 1. С. 47.

грамотности, в связи с чем необходимо широкое привлечение общественности к решению данной проблемы.

Между тем, среди проблем, препятствующих успешной профилактике деменции – недостаточная осведомленность населения об услугах, предоставляемых организациями социальной защиты населения, недостаточное понимание дементного синдрома или связанная с ним стигматизация.

Проведение информационно–просветительских кампаний среди широкой общественности — включая людей с деменцией, лиц, осуществляющих уход за ними, и членов их семей — может способствовать более широкому использованию соответствующих услуг благодаря повышению осведомленности, улучшению понимания проблемы и уменьшению стигматизации.

Большое место в решении этой задачи занимает просвещение. Люди должны знать элементарные тесты и упражнения, которые позволят заметить у себя или близких людей риск наступления деменции и своевременно обратиться к врачу. Также население должно знать о влиянии вредных привычек на риск возникновения деменции, а также позитивных, связанных с его снижением. Эти привычки связаны с правильным питанием, физическими нагрузками, умственной гигиеной и т.д.¹

Говоря о просвещении населения в целом, следует отметить, что эксперты ВОЗ предполагают тенденцию моложения деменции. Изучая раннюю деменцию, они выявили, что две трети (68%) всех случаев деменции с ранним началом составляли люди в возрасте 55 лет и старше. Среди этой более крупной группы лиц среднего возраста мужчины количественно преобладали над женщинами при соотношении 1,7 к 1.

¹ Пузин С.Н., Шургая М.А., Торопова О.М. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. Т. 18. №. 1. С. 48.

Поддержка лиц, осуществляющих неофициальный уход, необходима для того, чтобы они могли продолжать выполнять свои функции по уходу как можно дольше.

Поддержка должна включать в себя информирование, способствующее пониманию, совершенствование навыков, требуемых для обеспечения ухода, предоставление передышки, позволяющей заняться какой-либо другой деятельностью, и финансовую поддержку.

В докладе ВОЗ указывается, что несмотря на отсутствие эффективных методов для лечения деменции, при оказании помощи людям с деменцией основными задачами являются:

- ранняя диагностика заболевания;
- достижение оптимального уровня физического здоровья, когнитивной функции, активности и благополучия;
- выявление и лечение поведенческих и психологических симптомов;
- предоставление информации и оказание долговременной поддержки лицам, осуществляющим уход за больными деменцией.

Выводы.

1. Здоровье входит в число ключевых показателей, определяющих качество жизни человека. В соответствии с дефиницией Всемирной Организации Здравоохранения, качество жизни определяется как способ жизни, ставший результатом воздействия комбинации факторов, влияющих на счастье, здоровье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительное образование, работу, социальный успех, свободу, возможность свободных действий, отсутствие каких-либо угнетений и справедливость.

2. В связи с определяющей ролью здоровья в обеспечении качества жизни, в современном здравоохранении последние годы широко распространился термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Оно определяется удовлетворенностью различными сторонами жизни, на которые оказывают влияние болезни, их следствия, а также их лечение и ограничения,

связанные с ним. Важность такого подхода к пониманию качества жизни определяется тем, что с его помощью появляется возможность комплексно оценить влияние болезни на жизнь пациента, сравнить эффективность различных стратегий ухода, лечения, поддержки.

3. Деменция является глобальной проблемой, существенно снижающей качество жизни граждан старшего поколения, а в возрасте 80–ти лет – уже у каждого четвертого–пятого человека. Снижение качества жизни у дементных больных сопряжено в первую очередь со снижением и утратой автономности, социальных связей и отношений и их качества.

4. В зависимости от вида и степени деменции выделяются различные стратегии медико-социальной работы с дементными больными: лечение, психо–когнитивная стимуляция, обеспечение условий для формирования и ведения здорового образа жизни, обеспечение терапевтической среды. Основными направлениями медико-социальной работы по предупреждению деменции и замедлению ее прогрессирования являются: ранняя диагностика заболевания; обеспечение условий для поддержания и укрепления физического здоровья, когнитивных функций, активности и благополучия; выявление и лечение поведенческих и психологических симптомов; предоставление информации и оказание долговременной поддержки лицам, осуществляющим уход за больными деменцией.

РАЗДЕЛ II. ПРАКТИКА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

В рамках социальной политики, реализуемой в Белгородской области, активно ведется работа, направленная на повышение качества жизни граждан пожилого возраста. В этой связи, в частности, в мае 2017 года Правительством Белгородской области принято Постановление «Об утверждении региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017–2025 годы»¹, в рамках которой существенное внимание уделяется сохранению и поддержанию здоровья пожилых людей.

Разработкой и реализацией региональных программ в области социальной защиты занимается Управление социальной защиты населения Белгородской области, которое представляет собой орган исполнительной власти области, обеспечивающий реализацию единой государственной политики в сфере социальной защиты населения. Координирует его работу департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области. Управление осуществляет свою деятельность как непосредственно, так и через подведомственные ему учреждения, во взаимодействии с федеральными органами власти, органами исполнительной власти области, органами МСУ и общественными объединениями и организациями.

¹ Об утверждении региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017-2025 годы: постановление правительства Белгородской области от 29 мая 2017 года № 204-пп. URL <http://docs.cntd.ru/document/450235415> (дата обращения: 25.01.2018)

Цель деятельности Управления – обеспечение реализации единой государственной политики в Белгородской области в сфере социальной защиты населения в соответствии с действующим законодательством¹.

Управление социальной защиты населения Белгородской области имеет следующую структуру: первый заместитель начальника управления, отдел обеспечения социальных гарантий, юридический отдел, отдел по работе с пожилыми гражданами и инвалидами, отдел организации деятельности стационарных учреждений, отдел управления качеством социального обслуживания граждан, отдел организационной работы и проектной деятельности, отдел комплексного анализа и прогнозирования, отдел финансирования и исполнения бюджета, отдел семьи и опеки, отдел государственной службы и кадров, отдел организации закупок для государственных нужд, отдел информационных ресурсов, административно-хозяйственный отдел².

В Белгородской области в 2016 году Управлением социальной защиты населения была озвучена проблема и начата работа над проектом предупреждения и раннего выявления деменции в контексте проблемы повышения качества жизни граждан старшего поколения. Разработке данного проекта предшествовала большая подготовительная работа – проведен ряд совещаний и круглых столов по данной проблеме. В частности, в октябре 2016 года состоялся круглый стол на тему: «Совершенствование социально-медицинский подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией», в котором приняли участие руководители органов социальной защиты населения области, здравоохранения, председатели общественных объединений, а в качестве основного докладчика выступил директор АНО «Научно-

¹ Положение об управлении социальной защиты населения Белгородской области: постановление правительства Белгородской области от 21 мая 2012 г. № 223-пп. <http://усзн31.пф/images/doki/223-pp.pdf> (дата обращения: 01.05.2018)

² Управление социальной защитой населения Белгородской области: официальный сайт. URL: <http://усзн31.пф/2016-09-07-14-27-21/2016-09-08-09-28-38> (дата обращения: 25.02.2018)

исследовательский медицинский центр «Геронтология», доктор медицинских наук К.И. Прощаев, который осветил зарубежный опыт участия социальных служб в профилактике деменции и предложил реализовать аналогичный проект в Белгородской области. В результате были намечены этапы реализации, участники и мероприятия проекта.

В 2017 году началась разработка и реализация пилотного проекта «Совершенствование социально-медицинских подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией», основанием которому стало постановление Правительства Белгородской области от 31 мая 2010 года № 202-пп «Об утверждении Положения об управлении проектами в органах исполнительной власти и государственных органах Белгородской области»¹.

Основанием для разработки проекта стали пункты 5.9.4. и 5.10.6 Стратегии социально-экономического развития Белгородской области: улучшение здоровья населения, перспективные направления развития системы здравоохранения и повышение уровня жизни и социальная защита населения².

Проект ориентирован на граждан старшего поколения – клиентов муниципальных комплексных центров и стационарных учреждений социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области, родственников граждан страдающих деменцией, сотрудников учреждений.

Приказом УСЗН области от 03 февраля 2017 года № 21 координирующим органом Проекта выступило управление социальной защиты населения области, а куратором проекта стал Первый

¹ Об утверждении региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017-2025 годы: постановление правительства Белгородской области от 29 мая 2017 года № 204-пп. URL: <http://docs.cntd.ru/document/450235415> (дата обращения: 25.01.2018)

² Об утверждении стратегии социально-экономического развития Белгородской области на период до 2025 года: постановление Правительства Белгородской области от 18 сентября 2010 № 299-пп (в ред. от 25.04.2016 № 122-пп). URL: <http://docs.cntd.ru/document/428596289> (дата обращения 3.03. 2018)

заместитель начальника департамента здравоохранения и социальной защиты населения области – начальник управления социальной защиты населения области Батанова Е.П. Исполнителем проекта выступило управление социальной защиты населения области, а его руководителем стала Сушкова В.И. – первый заместитель начальника управления социальной защиты населения области.

Основной целью проекта стало выявление старческой деменции на ранней стадии и стадии преддеменции среди не менее 3 % от общего числа обратившихся и состоящих на учете в учреждениях социального обслуживания в возрасте 50 лет и старше к июню 2018 года на территории Белгородской области, а ожидаемым результатом – создание и внедрение единой системы выявления старческой деменции на ранней стадии и стадии преддеменции в учреждениях социального обслуживания среди населения в возрасте 50 лет и старше к июню 2018 года на указанной территории.

Проект ориентирован на граждан старшего поколения, а именно: клиентов муниципальных комплексных центров (МКЦ) и стационарных учреждений социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области, родственников лиц, страдающих деменцией, сотрудников учреждений, осуществляющих помощь пожилым людям.

Проект характеризуется как высокого уровня сложности. В качестве критериев успешности проекта выдвинуты следующие:

- отклонение по бюджету: превышение на не более 17 тыс. руб. относительно базового бюджета проекта соответствует 15% успешности проекта;
- отклонение по срокам – превышение на не более 12 дней относительно установленного срока окончания проекта соответствует 15% успешности проекта;
- достижение результата проекта – наличие результата проекта соответствует 55% успешности проекта;

– соблюдение требований к результату проекта – выполнение всех требований к результату проекта соответствует 15% успешности проекта.

В мае 2017 года началась реализация данного проекта – с подготовки методического обеспечения -пособия для социальных работников по работе с гражданами старшего поколения, направленной на раннюю диагностику деменции, ее профилактику и замедление прогрессирования, а также обучения социальных работников. Затем пособие было разослано в электронном виде во все учреждения социального обслуживания Белгородской области.

Также была разработана форма учета работы в рамках проекта, предназначенная для заполнения социальным работником, и включающая в себя следующие пункты:

- ФИО пациента;
- название учреждение, в котором производилась работа;
- результаты тестирования;
- профилактико–реабилитационные мероприятия, проведенные с клиентом/пациентом;
- результаты контрольного тестирования.

Управлением социальной защиты населения Белгородской области было организовано обучение 540 сотрудников из 32 учреждений системы социальной защиты населения Белгородской области.

Для контроля над осуществлением данной работы составлялись списки работников, которые должны пройти обучения.

Обучение происходило в виде разового занятия продолжительностью 4 часа, на котором рассказывались основы деменции, ее диагностики, предупреждения и замедления, объяснялся алгоритм деятельности социального работника, осуществляющего ее в рамках данного проекта.

В рамках проекта каждый социальный работник осуществлял работу с клиентами, которых он обслуживает, общим числом до 10 человек (в

зависимости от тяжести состояния клиентов). Работа осуществлялась только на стадии преддементного состояния и начальной стадии деменции.

На начальном этапе социальный работник проводил диагностику состояния когнитивных функций клиента. Диагностику социальный работник проводил с помощью следующих методик: Mini-Cog, тест рисования часов (скрининг когнитивных расстройств), Mini Mental State Examination -MMSE (краткое обследование познавательных способностей), тест на речевую активность. Эти методики просты в применении – легко проводятся и легко подсчитываются баллы, которые и показывают наличие риска деменции. Тестирование осуществляется в 2 этапа. Если риск деменции выявляется на первом этапе тестирования (Mini-Cog, тест рисования часов), то второй этап тестирования не проводится.

Кроме легкости проведения, данные методики были выбраны еще по одной причине. Они позволяют осуществить предварительную диагностику состояния пожилых людей по степени тяжести. А это, в свою очередь, позволяет отслеживать изменения, полученные (или не полученные) в результате реализации проекта.

Градация здоровья / когнитивных расстройств была выбрана следующая. 1. Состояние когнитивных функций хорошее – прохождение теста без ошибок – хорошее состояние когнитивных функций, а также психологическое состояние человека. Дело в том, что на фоне депрессии также нередко происходит снижение когнитивного функционирования, однако это не является собственно предметным или доменным состоянием. 2. Субъективные когнитивные расстройства – это состояние, указывающее как раз на возможность депрессии. 3. Легкие когнитивные нарушения – незначительное снижение умственных способностей: ухудшение способности запоминать и воспроизводить информацию, снижение концентрации внимания и способности решать абстрактно-логические задачи. Эта стадия практически не мешает повседневной жизнедеятельности человека, не страдает его автономность и такое состояние может быть

компенсировано рядом мер («напоминалки», подсказки и т.п.). Кроме того, на этой стадии особенно эффективно применение методик, связанных с замедлением развития старческой деменции. Качественно организованная работа такого рода может замедлить наступление деменции на 10-15 лет. На этой стадии состояние пожилого человека обычно не вызывает никаких подозрений у родственников, знакомых, соседей, некоторая забывчивость списывается на «стариковские» особенности. Поэтому данная стадия практически никогда не диагностируется своевременно, и своевременные меры также не принимаются. На следующей же стадии возможность замедлить прогрессирование деменции резко снижается.

4. Умеренная когнитивная дисфункция. Данное словосочетание – относительно новый термин, который все чаще встречается в современной неврологической и гериатрической литературе. Под ним принято понимать нарушения памяти и других высших мозговых функций, как правило, у пожилого человека, которые выходят за рамки возрастной нормы, но не приводят к социальной дезадаптации. Данный термин был включен в 10-ый пересмотр международной классификации болезни, как самостоятельная диагностическая позиция. Согласно рекомендациям МКБ-10, данный диагноз может быть выставлен при наличии следующего: снижение памяти, внимания или способности к обучению; жалобы пациента на повышенную утомляемость при выполнении умственной работы; нарушения памяти и других высших мозговых функций не вызывают деменцию и не связаны с делирием; указанные расстройства имеют органическую природу.

5. Собственно деменция. Это состояние имеет также три стадии. На ранней стадии у человека развивается забывчивость, нарушается способность к ориентации в знакомой местности, теряется счет времени. В средней стадии деменции у человека отмечается нарушение ориентации дома, появляются значительные трудности в общении, уходе за собой, нарастает забывчивость в отношении недавних событий. Поздняя стадия деменции характеризуется практически полной зависимостью от посторонней помощи в связи с потерей

ориентации во времени и пространстве, трудностями в узнавании близких людей, проблемами в передвижении, значительными отклонениями в поведении, включающими агрессивность. На этой стадии мероприятия по замедлению прогрессирования деменции невозможны. Здесь работа строится совершенно иначе.

При выявлении риска деменции, клиент социальной службы направляется к врачу, и вне зависимости от результата медицинского осмотра с ним начинается работа по профилактике или замедлению прогрессирования деменции.

Вопросы по взаимодействию с медицинскими учреждениями в случае выявления риска деменции социальным работником были согласованы в рамках подготовки проекта к реализации.

Суть медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирования деменции, реализованного в Белгородской области, как раз и состоял в обеспечении согласованного взаимодействия медицинских и социальных служб в реализации данного проекта.

Далее социальным работником осуществлялась работа с клиентами учреждений: с помощью немедикаментозных методов профилактики и реабилитации: реминисцентная психотерапия; ориентация на реальность; когнитивная стимуляция, когнитивная реабилитация.

Реминисцентная психотерапия или «лечение воспоминаниями» заключается в том, что социальный работник инициирует показ или рассказ пациентом о событиях, например, изображенных на старых фотографиях, обращая внимание на забытые образы, ароматы. Это могут быть также любимые музыкальные или литературные произведения. Социальный работник помогает пациенту выбрать конкретное событие, о котором человек хочет рассказать. Помогает ему по возможности задействовать все сенсорные системы (зрительные, обонятельные, звуковые, тактильные), рассказывая об этом событии. Для такой работы можно брать не только старые фотографии, но например, значимые предметы, подарки, вещи и т.п.

Метод – ориентация на реальность. Он предполагает постоянную актуализацию ситуации, в которой находится пациент. Социальный работник расспрашивает человека, какой сегодня день недели, месяц, время года и год, время. Задает вопросы о том, что он делал вчера, оговаривает планы на завтра, на неделю (в зависимости от того, с какой частотой социальный работник посещает клиента). Затем социальный работник проверяет выполнение этого плана, расспрашивая об этом клиента. Социальный работник также обязательно расспрашивает содержание телепередач, которые смотрел клиент, разговоров с людьми, с которыми он общался, просит не только пересказать, но и высказать свое мнение об этом, а также расспрашивает про родственников, семью, друзей.

К мероприятиям нейрокогнитивного тренинга относятся такие игры, как собирание пазлов, «морской бой», шахматы, «крестики–нолики», а также решение кроссвордов, sudoku – что может быть выбрано в зависимости от интересов пациентов. В рамках методического пособия были даны такие упражнения, как нейрокогнитивный тренинг функций внимания (тест Шульте, Йоселиани, Мюнстерберга), упражнения на тренировку оперативной памяти.

Важным направлением немедикаментозной работы по превенции и замедлению прогрессирования деменции является нейробика, которая включает в себя изменение привычек, задействование непривычных сенсорных систем, и вообще любую творческую активность. В качестве стандартных приемов нейробики социальным работникам предлагалось делать следующее: включать в работу клиента левую руку (или правую, если клиент левша), например, просить клиента чистить ею зубы, застегивать пуговицы на одежде, во время еды брать вилку или ложку, печатать на клавиатуре компьютера и писать письма.

Также предлагались упражнения, направленные на развитие новых способностей, способствующих получению новых ощущений: на ощупь

определить достоинство монетки, лежащей в кармане, общаться какое-то время лишь на языке жестов, угадывать изображаемое жестами.

Социальный работник также обсуждает вопросы изменения привычного имиджа клиента, изменения привычных маршрутов (предлагает ходить в магазин новыми маршрутами, проводить свободное время в новом месте, ходите по музеям и выставкам), включая интерьер квартиры и меню; предлагает стараться нетривиально отвечать на тривиальные вопросы типа «как дела?», «что нового?».

В рамках проекта предполагалось, что социальный работник может проводить такую работу индивидуально или в группе, собирая в пациентов в центрах социального обслуживания.

В целом, считается, что такая работа более эффективно проводится в группах. Предполагалось, что групповые занятия будут проводиться среди клиентов стационарных учреждений социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области 2 раза в неделю – тех, кто может автономно передвигаться, посещая их. Так же предполагалось, что возможно совмещение групповых и индивидуальных занятий.

Но практически все социальные работники выбрали индивидуальный вариант, поскольку в рамках данного проекта на этом его этапе работа ведется в основном только с теми, кто нуждается в социальном обслуживании. Социальный работник приходит к такому человеку по графику, и помимо других осуществляемых работ, около 10 минут посвящает данной работе.

Для работы с пациентами социальные работники обучались основам китайской гимнастики, которые эффективно стимулируют когнитивные способности и процессы, самомассажу с элементами Суджок-терапии.

В рамках данного проекта на основе полученных знаний во время обучения, и с учетом основных принципов организации работы по замедлению прогрессирования деменции и ее предупреждению, социальный работник сам планирует программу работу с пожилым человеком (или

группой пожилых людей) с учетом интересов и физических, психологических и когнитивных возможностей клиента.

В Белгородской области принята трехуровневая система обслуживания – в зависимости от степени автономности клиента. Самые «тяжелые» клиенты – в плане состояния здоровья – с минимальной степенью автономности, обслуживаются три раза в неделю, с большей степенью автономности – два раза в неделю, и с высокой степенью автономности, но нуждающиеся в помощи – 1 раз в неделю. В соответствии с количеством плановых посещений планируется и реабилитационная и профилактическая работа. Групповая работа предполагается 2 раза в неделю.

Следует отметить, что в рамках проекта предполагалось, что обученные социальные работники смогут полученные знания репрезентировать другим социальным работником, что, с одной стороны, удешевляет проект, а с другой, ускоряет его реализацию. Однако дальнейшая работа показала неэффективность такой организации, поскольку качество передачи знаний и информации от одних социальных работников к другим было низким, что, как следствие, понизило и качество работы с пациентами центров социального обслуживания.

В качестве минусов в организации такой работы можно отметить и слабую мотивированность социальных работников к выполнению этих обязанностей, поскольку в круг их основных обязанностей это не входит и воспринимается работниками как дополнительная нагрузка.

Проверить качество реализации такой работы социальным работником также не представляется особой возможности. Несмотря на то, что тестирование происходит в начале и конце проекта, а длительность работы с пожилым человеком по программе проекта составляет шесть месяцев, тем не менее, поскольку деменция в основном необратима, то принципиального улучшения результатов тестирования ждать не приходится, а в лучшем случае ожидалось отсутствие ухудшения результатов. А с учетом индивидуальных особенностей организма, обуславливающих протекание

деменции, ее динамика может быть различной, и вопреки проводимым социальным работником упражнениям, тестирование может показать резкое ухудшение состояния, поэтому объективнее данные о качестве работы социального работника из результатов тестирования получить не просто.

Опросы клиентов центра социального обслуживания тоже не всегда позволяют составить объективную картину о качестве проведенной работы,

во-первых, в силу неграмотной мотивации социальными работниками своих клиентов, пожилые люди сами не хотят порой такой работы,

во-вторых, потому что они не знают, какая работа должна быть проведена с ними,

в-третьих, пожилые люди и их родственники нередко боятся конфронтировать с социальным работником, обслуживающим их.

Так или иначе, но в результате реализации проекта: была внедрена система ранней диагностики деменции в 22 комплексных центрах и 10 стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области; созданы и функционируют 5 комнат психологической разгрузки; разработан и внедрен механизм информирования родственников о деменции и способах ухода за пожилыми гражданами с когнитивными расстройствами (информирование осуществляется с регулярностью 1 раза в квартал); на сайтах комплексных центров социального обслуживания была размещена информация по профилактике и реабилитации деменции, а также рекомендации по проведению такой работы¹; проведены четыре тематических обучающих тренинга для сотрудников в 32 учреждениях системы социальной защиты населения Белгородской области; проведена диагностика для выявления

¹ См., например: Официальный сайт комплексного центра социального обслуживания населения Красненского района. URL: <http://kzsonkr.ru/news/279/> (дата обращения: 17.01.2018); Официальный сайт комплексного центра социального обслуживания населения Волоконовского района Белгородской области. URL: <http://volkc.ru/news/160/http://kzsonkr.ru/news/279/> (дата обращения: 17.01.2018); Официальный сайт комплексного центра социального обслуживания населения Ивнянского района. <http://centrivn.ru/proekt/> дата обращения: 17.01.2018)

деменции на ранних стадиях у 3028 клиентов 32 учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области, что составило 24,2% от их числа; осуществлена повторная диагностика по результатам проведенных реабилитационно-профилактических мероприятий у 3000 (не менее 25%) клиентов 32 учреждений системы социального обслуживания населения.

Общий бюджет проекта составил 550,00 руб. Из них, целевое бюджетное финансирование: 350,00 руб., областной бюджет: 350,00 руб. Средства хозяйствующего субъекта: 20,00 руб., прочие (средства, приносящие доход деятельности): 180,00 руб.

В результате проведенной работы у 29,5% клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области были выявлены легкие когнитивные нарушения, у 24,6% – умеренные, а у 21,4% была обнаружена деменция. Отсутствие каких-либо когнитивных нарушений было отмечено у 24,5% (табл. 1).

Таблица 1

Данные первичного скрининга клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области

	Клиенты стационарных учреждений (абс.,%)	Клиенты муниципальных комплексных центров (абс.,%)
Тесты без ошибок	15 (7.0%)	64 (2.3%)
Субъективные когнитивные расстройства	15 (7.0%)	639 (22.7%)
Легкие когнитивные нарушения	29 (13.6%)	864 (30.7%)
Умеренная когнитивная дисфункция	77 (36.0%)	667 (23.7%)
Деменция	78 (36.4%)	580 (20.6%)
Всего	214 (100%)	2814 (100%)

После этапа диагностики в течение 6 месяцев с клиентами комплексных центров социального обслуживания велась работа по профилактике и замедлению деменции, в заключение которой была проведена повторная диагностика.

Реализация данного проекта принесла видимые результаты в сфере повышения качества жизни населения старших возрастных групп Белгородской области. В результате реализованных в его рамках мероприятий отмечено увеличение в 1,2 раза доли клиентов муниципальных центров социального обслуживания с отсутствием когнитивных нарушений, в 1,4 раза – клиентов с легкими когнитивными нарушениями (то есть, тяжесть когнитивных нарушений снизилась), незначительно (в 1,1 раза) уменьшилось число клиентов с умеренными нарушениями и в 2,5 раза – с дементными проявлениями (Рис.1).

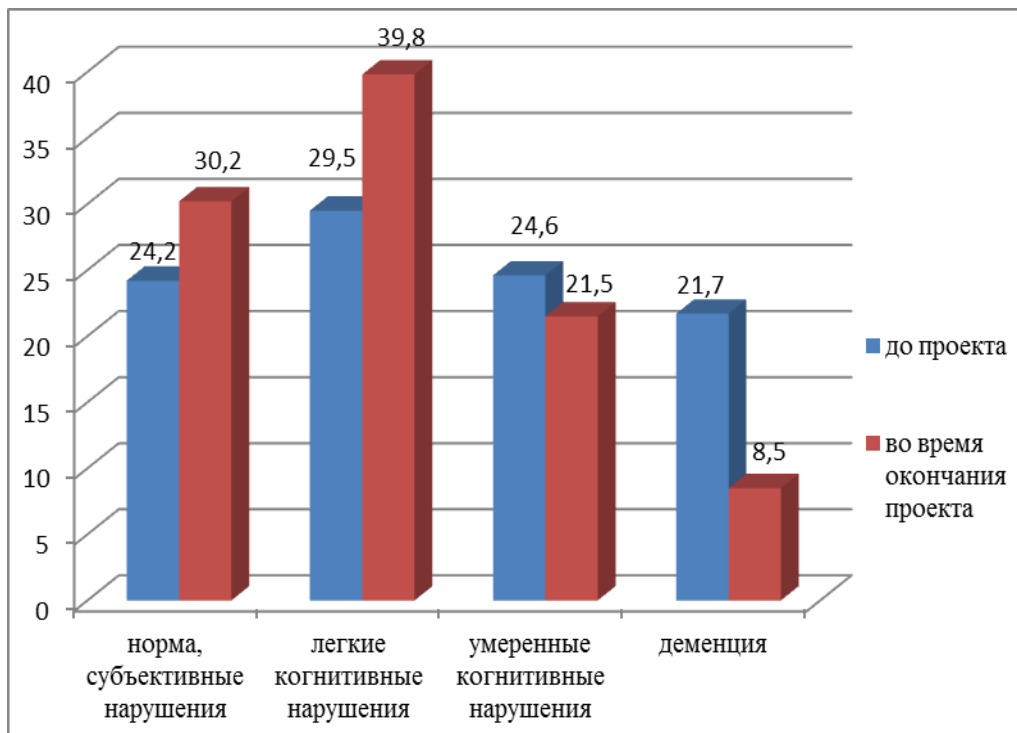


Рисунок 1. Динамика результатов тестирования до и по окончании проекта клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области (%).

По результатам обследования 511 клиентов учреждений системы социального обслуживания населения Белгородской области с когнитивными нарушениями были направлены на обследование к врачам–неврологам, что составило 22.3% от общего числа клиентов с выявленными нарушениями.

Помимо организации диагностики и работы с пожилыми людьми по замедлению прогрессирования старческой деменции, и методических рекомендаций, в которых описан алгоритм этой работы, в процессе реализации проекта также были подготовлены:

- листовки-памятки «Деменция: профилактика, реабилитация, обеспечение качества и независимости жизни», в которых излагаются основные признаки деменции и предметных состояний, способы их профилактики и замедления прогрессивная деменции, факторы, оказывающие влияние на возникновение дементных состояний и препятствующие ему, возможности поддержки дементных больных, а также юридической, психологической и медико-социальной помощи и поддержки родственников и людей, осуществляющими уход за больными старческой деменцией;

- методические рекомендации для родственников, ухаживающих за больными с деменцией «Десять советов по общению и уходу за больными с деменцией дома»; в которых более подробно раскрываются вопросы, отраженные в листовках, включая темы: обеспечения безопасности людей с дементными состояниями, особенности ухода (купание, личная гигиена, одевание, туалет, питание и приготовление пищи, сон и пр., особенности общения, а приемы совладания со стрессом, вызванным уходом за дементными больными;

- приняты меры по физической и эмоциональной поддержке семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за дементными людьми.

Помимо этого был опубликован ряд статей в популярных средствах массовой информации, внедрены планы проведения консультативных дней для семей, члены которых страдают деменцией.

Выводы.

1. С целью повышения качества жизни граждан старшего поколения в Белгородской области был внедрен пилотный проект «Совершенствование социально-медицинский подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией». Его суть заключается в обеспечении согласованного взаимодействия медицинских и социальных служб в обеспечении раннего выявления деменции, ее профилактики и замедлении прогрессирования. Целью такой работы является повышение качества жизни граждан старшего поколения путем продление периода активной и независимой жизнедеятельности.

2. В рамках данного проекта внедрена система ранней диагностики деменции в МКЦ и стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области; проведён комплекс профилактических и лечебных мероприятий в МКЦ и стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области, направленных на продление периода активной и независимой жизни; приняты меры по физической и эмоциональной поддержке семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за дементными людьми; организовано специализированное обучение социальных работников раннему выявлению деменции, ее профилактике и социальной помощи клиентам с когнитивными расстройствами; обоснован и запущен механизм информирования населения о деменции, способах ухода за пожилыми гражданами с деменцией.

3. К сложностям реализации данного проекта можно отнести следующие: недостаточную мотивацию социальных работников к участию в нем, не вполне эффективный механизм обучения социальных работников,

проблематичность оценки качества работы с дементными больными, сравнительно небольшой охват населения, задействованного в программе. Следует также отметить, что данный проект ориентирован на работу по профилактике и замедлению прогрессирования деменции на ее ранних стадиях, тогда как работа на поздних стадиях требует принципиально иного подхода, которому в данном проекте практически внимания не уделяется.

**РАЗДЕЛ III. НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ
ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К
ПРОФИЛАКТИКЕ И ЗАМЕДЛЕНИЮ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
СТАРЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ
ОБЛАСТИ**

Предпринятый во втором разделе анализ практики повышения качества жизни граждан старшего поколения на основе применения медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции в деятельности управления социальной защиты населения Белгородской области показал успешность и значимость реализации подобных проектов, но выявил и ряд проблемных моментов, а также нереализованных возможностей, устранение и актуализация которых позволит сделать данную работу еще более эффективной.

К числу ключевых факторов, обуславливающих эффективность такой работы, следует отнести мотивированность и уровень компетентности социальных работников, занятых в обслуживании граждан старшего поколения. Между тем, реализованная в рамках пилотного проекта система подготовки социальных работников к деятельности по профилактике и замедлению прогрессирования деменции, показала не достаточную эффективность, поскольку в ней была заложена идея, что обученные социальные работники (изначально выбирались для цели обучения наиболее перспективные из их числа) обучат остальных социальных работников. Предполагалось, что это будет достигнуто также за счет методического обеспечения (разработки методических рекомендаций для проведения такой работы) и возможности консультирования со специалистами по возникающим вопросам в процессе реализации проекта. Такая система позволила сделать данный проект менее затратным, поскольку, во-первых, в

целях обучения было задействовано всего два человека, во-вторых, снизились издержки, связанные с необходимостью привозить социальных работников в Белгород на обучение (или же возить преподавателей по муниципальным образованиям с этой целью). Кроме того, такая система позволила уменьшить затраты времени на подготовку социальных работников к реализации данного проекта, а также в меньшей степени отрывать их от обслуживания пожилых людей.

Однако, как показали поездки по районам, информация обученными социальными работниками в большинстве случаев не была передана остальным в полном объеме. Причины этого: недостаточный уровень усвоения материала социальными работниками на проведенных для них курсах, отсутствие у них опыта и методической подготовки в обучении других социальных работников, недостаточный уровень заинтересованности стальных социальных работников и их руководства в освоении знаний и навыков, необходимых для реализации данного проекта, что так или иначе повлияло на качество реализации данного проекта и предоставления услуг.

Преодоление данной проблемы возможно несколькими путями: через увеличение числа преподавателей и / или продолжительности периода обучения социальных работников (с целью их полного охвата) с тем, чтобы обеспечить необходимый уровень подачи материала для всех социальных работников. Либо же необходимо совершенствовать уже существующую систему передачи знаний, что экономически более целесообразно.

Для преодоления указанной проблемы нами предлагается проект «Оптимизация подготовки социальных работников к деятельности по повышению качества жизни граждан старшего поколения на основе применения медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции». (Приложение 1).

Цели и задачи внедрения проекта

Цель данного проекта – предложить направления оптимизации системы подготовки социальных работников к деятельности по

профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.

Для достижения данной цели необходимо решить ряд задач.

1. Предложить направление совершенствования тематических занятий курса для социальных работников по осуществлению ранней диагностики, профилактики и замедлению прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.

2. Разработать эффективную систему трансляции социальными работниками знаний по осуществлению ранней диагностики когнитивных нарушений и мероприятий, направленных на профилактику и замедление прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.

3. Усовершенствовать методическое сопровождение деятельности социальных работников в обеспечении раннего выявления, профилактики и замедлении прогрессирования деменции.

4. Разработать рекомендации по оценке качества реализации проекта.

Срок реализации проекта

Проект краткосрочный, его реализация рассчитана на 6 месяцев

Пользователи проекта: управление социальной защиты населения Белгородской области; социальные работники, занятые в обслуживании граждан старшего поколения.

Основание для разработки проекта:

– пункты 5.9.4. и 5.10.6 Стратегии социально-экономического развития Белгородской области: улучшение здоровья населения, перспективные направления развития системы здравоохранения и повышение уровня жизни и социальная защита населения¹.

¹ 1. Об утверждении стратегии социально-экономического развития Белгородской области на период до 2025 года: постановление Правительства Белгородской области от 18 сентября 2010 г. № 299–пп (в ред. от 25 апреля 2016 г. № 122-пп). URL: <http://docs.cntd.ru/document/428596289> (дата обращения: 3.03. 2018)

– Программа повышения качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017-2025 годы¹.

– Положение об управлении проектами в органах исполнительной власти и государственных органах Белгородской области².

Перечень мероприятий проектов соответствует задачам проекта.

Блок 1. Расширение тематики занятий курсов для социальных работников по осуществлению ранней диагностики, профилактики и замедлению прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.

На данный момент в рамках курсов освещаются следующие темы: основы деменции (понятие, стадии, признаки), основы диагностики, методы профилактики и замедления прогрессирования деменции, механизм взаимодействия социального работника с медицинскими учреждениями в ходе работы по профилактике и замедлению деменции. Однако практически не затрагиваются такие вопросы, как факторы предупреждения и замедления деменции (немедикаментозные способы предупреждения и замедления деменции). Акцент делается на непосредственной когнитивной немедикаментозной стимуляции (те или иные упражнения и практики для активизации умственных процессов). Между тем, большая роль в предупреждении и замедлении прогрессирования деменции принадлежит образу жизни. В частности, физическая активность является значимой частью медицинской реабилитации и представляет собой систему мероприятий по восстановлению или компенсации не только физических, но и интеллектуальных способностей человека средствами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии, иглорефлексотерапии и воздействия природных факторов. В

¹ Об утверждении региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017-2025 годы: постановление правительства Белгородской области от 29 мая 2017 г. № 204-пп. URL <http://docs.cntd.ru/document/450235415> (дата обращения: 25.01.2018)

² Там же.

рекомендациях ВОЗ под физической активностью понимается не только занятия какими-либо видами спорта, но любой вид активности: домашние дела, двигательная активность (например, ходьба пешком или езда на велосипеде), активность в период профессиональной деятельности (если человек все еще работает), деятельность в рамках повседневной жизни, семьи и сообщества. Умеренная гимнастика в объеме 150 минут в неделю (или 75 минут высокой физической нагрузки) в сочетании с ежедневным хождением пешком не менее 500 метров увеличивает объем коры головного мозга человека во фронтальной и париетальных областях. Эти области ответственны за рабочую память, внимание и переключение с одного задания на другое. Кроме того, физическая активность обратно коррелирует с депрессивными состояниями, которые в свою очередь ассоциированы с развитием деменции. Физическая активность содействует снижению риска ожирения, а люди, страдающие ожирением, относятся к группе риска по возникновению деменции.

При когнитивных нарушениях рекомендуется лечебная физкультура и плавание в бассейне, прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, скандинавская ходьба, прогулки, танцы. Виды повседневной физической активности, например, подъем по лестнице, садовые работы и т.д., также может оказывать благоприятное действие на состояние здоровья человека при условии, что интенсивность активности соответствует возможностям каждого отдельного человека. С позиции организации общественного здравоохранения важным является стимулировать лиц старшего возраста с низкой физической активностью к повышению их участия в различных видах физических тренировок, чем стимулировать активных людей к еще большей активности. Лечебная физкультура при когнитивных нарушениях включает упражнения на координацию движений, равновесие, растяжение мышц (укрепляют волевую деятельность), упражнения для пальцев рук и кистей, гимнастику для глаз, дыхательные упражнения, включаются упражнения на расслабление. В работе с дементными больными рекомендуется в процессе

лечебной ходьбы научить их командовать себе (или) их сопровождающим не «левой»-«правой» или счет «раз-два-три-четыре». Ходить рекомендуется ежедневно, не менее 30-40 минут. При нарушении равновесия следует пользоваться тростью. Рекомендуется использовать маршруты для таких прогулок с постепенными подъемами и спусками (с углом подъема до 16-20). Еще более эффективной является также ходьба с палками (скандинавская ходьба), так как она снижает нагрузку на суставы и одновременно нагружает мышцы рук. Более целесообразно все это организовывать в группе, так как общение и социальная активность также снижает риск наступления деменции, но при невозможности групповой работы, такие занятия могут быть и индивидуальными.

В процессе занятия целесообразно социальным работникам рассказать о наиболее доступных видах двигательной спортивной активности, способах ее регулирования (например, на основе пульса), организации так, чтобы они могли обучить этому пожилых людей, родственников и других людей, ухаживающих за ними, а также замотивировать их на занятие физической культурой. Кроме того, социальные работники должны понимать сущность аэробной и анаэробной физической активности, поскольку именно аэробная активность больше содействует профилактике когнитивных расстройств. Однако анаэробная активность является важным условием предупреждения старческой саркопении, связанной с уменьшением скелетной мускулатуры, ее силы и массы (в силу чего после 45 лет в обязательном порядке в физическую активность должны входить силовые упражнения). Старческая саркопения, связанная с возрастными инволюционными изменениями в организме, влечет за собой автоматическое снижение физической активности и ряд рисков, связанных с нарушением опорно-двигательного аппарата, а это, в свою очередь, взаимосвязано с лишним весом, повышенным давлением, повышенным холестерином и пр. заболеваниями, ассоциированными с развитием деменции.

Большая роль в профилактике и замедлению старения является стимулирование различных сенсорных систем, которые слабо задействованы в повседневной жизни. С этой целью в практике социальной работы с пожилыми людьми может использоваться стимулирование искусством (музыкой, живописью, лепкой и т.п.). Однако социальный работник вряд ли имеет широкие возможности и необходимые компетенции для проведения такой работы, в связи с этим ему следует рекомендовать доступные мероприятия.

Это может быть, например, использование арт-терапии. Терапия искусством включает в себя: изотерапию (лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и др.), библиотерапию (лечебное воздействие чтением), иммаготерапию (лечебное воздействие через образ, театрализацию), вокалотерапию (лечение пением), кинезиотерапию (танцетерапия, хореотерапия, коррекционная ритмика – лечебное воздействие движениями). Библиотерапия в современной практике социальной работы уже положительно зарекомендовала себя. Социальные работники вслух читают книги своим клиентам. Другие виды терапии менее доступны в рамках социального обслуживания. Однако о них социальные работники должны знать на случай, если пожилой клиент имеет склонность и возможность заниматься этим, чтобы его поддержать и замотивировать на такую деятельность.

Существует две формы терапии искусством: пассивная и активная. При пассивной форме клиенты не создают, а только «потребляют» художественные произведения, созданные другими людьми: рассматривают картины, читают книги, прослушивают музыкальные произведения. Прослушивание музыки может использоваться как музыкотерапия. Исследования показали, что люди, регулярно слушавшие музыкальные произведения, имели более высокий уровень субъективного благополучия, более высокое качество общения и улучшение памяти на события своей биографии. Люди с деменцией, слушавшие нравящуюся им музыку, легче

успокаиваются по сравнению с теми, кто слушал традиционную релаксационную музыку. Выбор инструмента играет в музыкотерапии определенную роль. Так, звучание кларнета влияет преимущественно на кровообращение, нормализует сердечную деятельность. Виолончель, скрипка и фортепиано лучше всего успокаивают, звуки виолончели обладают и релаксационным действием.

Поскольку у социальных работников нет специальных навыков музыкотерапии, индивидуального подбора музыкальных произведений и «отсечения» агрессивной музыки (к которой относятся многие современные произведения, а также некоторые Бетховена и Рахманинова), им следует рекомендовать «стандартный» для этих целей набор музыки (Вивальди, Бах, Моцарт и др.), а также по желанию самих пожилых людей. Слушание музыки целесообразно сделать небольшой частью (5-7 минут) индивидуальных или групповых занятий. В случае групповых занятий это проще организовать в силу наличия стационарных условий для техники, обеспечивающей прослушивание музыки (компьютер, ноутбук и пр.).

В случае групповой работы также при наличии медиа-возможностей также можно некоторое время уделять рассматриванию картин. Безусловно, для такой работы должны быть подготовлены некоторые сопроводительные материалы (подборка картин, а также небольшой сопроводительный текст и методика обсуждения картин), которыми социальный работник может воспользоваться.

Таким образом, для терапии искусством необходимо подготовить методические материалы, включающие объекты искусства (фото картин, скульптур, музыкальные произведения), краткую справку о них и методику их обсуждения.

В последнее время становится все более популярной ароматерапия в терапевтической практике. Данный метод несет положительный эффект, сравнимый с нейролептиками или седативными препаратами. Эфирные масла можно разбрызгивать в комнате, вводить с помощью аромалампы,

аромаванны, массажа и местно в форме крема. При этом надо учитывать важное условие при подборе эфирного масла – индивидуальные предпочтения пациента и отсутствие аллергических реакций.

В специально разработанных инструкциях для ароматерапии необходимо указать влияние различных масел. Так, для улучшения памяти и интеллекта рекомендует вдыхание масел базилика, гвоздики, розмарина, иссоп, кедр, майоран, мята перечная. Также существуют ароматические масла, способствующие снятию агрессии, психологического напряжения, депрессии, что также важно при работе с дементными больными. Например, масло лаванды снижает тревожность, уменьшает агрессию, помогает при бессоннице; масло мелиссы лимонной оказывает выраженное воздействие на психоэмоциональную сферу человека: успокаивает, устраняет депрессию и меланхолию, нормализует сон, улучшает память, работоспособность и т.п.

Важным является научить социальных работников правилам работы с маслами, включающим в себя определения спектра масел для работы и условий их использования. При работе с пожилыми людьми с деменцией важно содействовать реорганизация окружающей их среды. Родственников человека с деменцией важно обучить, что в его поведении происходят изменения вследствие его заболевания, объяснить актуальность терпимости, научить их ухаживать за ним, обеспечивая данному человеку безопасность, помощь в приеме пищи, организацию питания, профилактику пролежней и инфекций. Нужно упорядочить режим дня, можно сделать надписи - напоминания, что нужно сделать, как пользоваться бытовыми приборами, подписать фотографии неузнаваемых родственников, стрессовых для человека ситуаций нужно избегать. Реорганизация физического окружения включает перепланировку помещений, перестановка и реконструкция мебели и т.д. Необходимо реорганизовать пространство так, чтобы не было острых углов (мебель с острыми углами, углы подоконников, полки с острыми углами на уровне головы и т.п.), убрать коврики с пола, на которых пожилой человек может поскользнуться; в квартире не должно быть перепадов высоты

на полу (выступающие плинтусы, ступеньки, «порожки» и т.п.), унитаз, ванна должны иметь поручни и др. приспособления для поддержания пожилого человека в устойчивом состоянии. Желательно, чтобы бытовая техника была с различными гаджетами, кран с датчиком воды, не позволяющим подняться уровню воды в раковине выше необходимого, регулирующим температуру воды в кране, сенсорные краны, начинающие работать при поднесении к ним рук и заканчивающие при отсутствии рук; газовая плита с автоматическим

отключение газа, если забыли зажечь огонь. Целесообразно использовать датчики, подающие сигнал, если больной встал с кровати и не вернулся в пределах заданного времени, датчики используемые для сна маленьких детей, или выключатель света с датчиком, реагирующий на движение. Для удаленного контроля могут быть полезны видеокамеры и детекторы дыма и газа. Социальный работник должен обладать такого рода знаниями для того, чтобы посещая клиента социальной службы и видя несоответствие его места проживания этим и подобным им требованиям, проконсультировать родственников и помогающих ему людей о необходимых изменениях, обеспечивающих безопасность пожилому человеку.

Социальным работникам, помогающим в организации питания пожилых людей или имеющих возможность взаимодействовать с родственниками, людьми, оказывающими такую помощь пожилым людям, важно знать основные негативные пищевые привычки, влекущие за собой ряд проблем со здоровьем, ассоциируемых с когнитивными расстройствами. К таким проблемам следует отнести: преобладание пищи, содержащей жиры животного происхождения, мясо потребляется в значительно большем количестве, чем рыба, имеют место излишества в принятии углеводсодержащей пищи (мучных, сладких продуктов), наблюдается ограниченное потребление овощей, фруктов, зелени, растительного масла и т.п. Социальный работник должен иметь представление о негативных последствиях такого питания для того, чтобы доступными средствами

оказывать влияние на изменение этих привычек в направлении здоровьесбережения. Например, он должен знать, что рекомендуется употреблять фрукты, овощи, пшеницу, крупы, оливковое масло, рыбу, красное вино, витамины – В12, В6, С, фолиевую кислоту, куркуму, корицу, экстракт виноградных косточек. Рекомендовать и содействовать введению в рацион пожилого человека животных источников полиненасыщенных жирных кислот – морскую жирную рыбу (скумбрию, сардину, сельдь иваси) по 300-400 г в неделю в запеченном или консервированном виде; заменить животные жиры растительными маслами (подсолнечным, оливковым, кукурузным, хлопковым, соевым, льняным, рапсовым и др.). Он должен содействовать ограничению продуктов, содержащих холестерин (печень, почки, мозги, жирные сорта мяса, икра рыб, яичные желтки), животные жиры, богатые насыщенными жирными кислотами (говяжий, свиной, бараний, утиный, гусиный, куриный и другие жиры). Понимать и научить пожилых людей и людей, заботящихся о них тому, что подбор белков должен основываться на следующих принципах: соотношение животных и растительных белков 1:1; приготовление мясных блюд должно быть преимущественно в отварном виде; ориентации на использование нежирных сортов мяса, на ограничение потребления мяса и мясных продуктов (предпочтение рыбным блюдам); на использование неострых и несоленых сортов сыра; введение растительных белков главным образом за счет зерновых культур и бобовых. Содействовать использованию в качестве источников углеводов продуктов из цельного зерна; ограничению углеводов в первую очередь за счет сахара и сладостей; увеличение количества сложных углеводов, содержащих клетчатку, пектиновые вещества (пищевые волокна). А также ориентировать людей на такую норму питания, как съедание ежедневно в сумме 400 г разноцветных (не менее 4 цветов) – желтых, красных, синих и зеленых растительных продуктов. Рекомендовать употребление сухого вина в дозах по 40 г 5 раз в неделю – для профилактики сосудистых заболеваний.

Социальные работники также должны знать, что появление дементных состояний сопряжено с изменениями в эмоционально-волевой сфере пожилых людей, они могут становиться менее сдержанными, более агрессивными. Существуют правила общения с пожилыми людьми в таком состоянии. При этом социальные работники должны понимать, что эти изменения – следствия болезни, использовать эти правила при общении, содействовать распространению знаний о психологии общения с пожилыми людьми и применении их в повседневной практике среди людей, ухаживающих за пожилыми людьми с деменцией. Указанные правила также должны быть отражены в специальных методических пособиях.

Таким образом, во-первых, тематика курсов должна быть расширена за счет следующих тем: а) психология общения с людьми с дементными состояниями; б) уход за пожилыми людьми на поздних стадиях деменции; в) организация терапевтической среды для людей с дементными состояниями; г) поддержание когнитивных функций пожилого человека посредством физических нагрузок, арт-терапии, правильной организации питания.

Во-вторых, для осуществления этого блока мероприятий, необходимо продолжительность курсов увеличить на 2,5 часа.

В-третьих, для реализации в практике социальной работы указанных направлений, необходимо подготовить соответствующее методическое обеспечение.

Блок 2. Разработать систему трансляции социальными работниками знаний по проведению ранней диагностики, профилактики и замедлению прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.

В ходе исследования было выявлено, что организованная система передачи знаний от социальных работников к другим социальным работникам мало эффективна. Преодолению этой проблемы в существующей системе может способствовать:

1. Проверка качества усвоенных знаний слушателями курсов по работе с пожилыми людьми с допуском/не допуском к дальнейшей работе;
2. Введение лекции по методике передаче знаний с допуском/не допуском к дальнейшей работе по трансляции знаний.
3. Осуществление мониторинга знаний среди социальных работников, не прошедших курсы и получивших информацию от социальных работников.

Мониторинг целесообразно осуществлять посредством сплошного компьютерного тестирования (всех социальных работников, задействованных в реализации проекта), а также выборочного (случайная выборка) он-лайн интервью (несколько человек от центра социального обслуживания).

В случае выявления низкого уровня знаний социальных работников, предполагается штрафование руководителя МКЦСО.

Для реализации второго блока мероприятий необходимо: а) разработать дополнительную лекцию по методике преподавания, основная цель которой – помочь расставить акценты в подаче материала, организовать диалог, семинар сделать максимально практикоориентированным; б) разработать компьютерные тесты и гайды интервью для проверки знаний по профилактике и замедлению прогрессирования деменции в процессе социального обслуживания; в) разработать методические указания для социальных работников по проведению занятий по профилактике и замедлению прогрессирования деменции в процессе социального обслуживания.

Бок 3. Во втором разделе указывалось на проблематичность оценки качества деятельности социального работника в отношении клиентов, с которыми они проводят работу по профилактике и замедлению прогрессирования деменции. В этой связи для оценки качества обслуживания предлагается использовать метод беседы (выборочно), в котором выяснять не только удовлетворенность клиентов проведенной работой, но и получать

информацию по проводимой с ним работы (что социальные работник именно делает, как часто, нравятся или нет клиенту такие занятия и почему, понимают ли клиенты цель таких занятий).

Данная оценка должна проводиться в рамках мониторинга качества обслуживания. В настоящее время у социальных работников существует система стимулирования их труда. Данная проверка должна стать одним из показателей качества обслуживания, условием поощрения за качество работы.

Ответственный за организацию тестирования, организацию проведения интервью с целью оценки качества обслуживания – управление социальной защиты населения Белгородской области.

Дополнительный курс лекций и методическое занятия имеет смысл проводить с социальными работниками, ранее прошедшими курсы подготовки (было 16 групп по 40 человек). Таким образом, дополнительные лекции по социальному обслуживанию в рамках проекта займут 2,5 ч, плюс час по методике преподавания и 30 мин на тестирование. Итого данная программа рассчитана на 3 часа.

Смета проекта

1. Разработка дополнительных четырех тем для расширения тематики курсов – 8 тыс. руб.
2. Методическое обеспечение. Разработка методических указаний по обучению социальных работников; методических материалов по включению элементов арт-терапии и ароматерапии в работу с пожилыми людьми; дополнение ранее подготовленного методического пособия темами по организации питания, физической нагрузки, терапевтической среды – 15000 руб.
3. Разработка тестов и компьютерной программы для тестирования – 10000 руб
4. Оплата труда преподавателей для чтения лекций, проведение тестирования из расчета 300 руб / час (16 групп по 3 ч) = 14400 руб.

5. Разработка гайда для проведения интервью с пожилыми людьми и их родственниками – 2000 руб.

Итого 49400 руб.

Источник финансирования – Программа повышения качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017–2025 годы.

Планируемые конкретные результаты проекта

В результате проекта будет обучено для трансляции знаний 540 сотрудников из 32 муниципальных центров социального обслуживания Белгородской области, с этой целью проведено 16 занятий по 3 часа.

Разработано и скорректировано 3 типа методических материалов (учебные пособия, методические указания)

Разработан 1 тест для оценки усвоения знаний по социальной работе, связанной с ранним выявлением, предупреждением и замедлением прогрессирования деменции.

Протестированы социальные работники, занятые в обслуживании пожилых людей 32 муниципальных центров социального обслуживания общим количеством около 2000 человек.

Опрошено не менее 100 клиентов муниципальных центров социального обслуживания.

В результате реализации проекта ожидается:

– повышение уровня компетенции социальных работников, занятых в обслуживании пожилых людей, в вопросах раннего выявления, предупреждения и замедления прогрессирования деменции (результаты тестирования должны показать 95-100% уровень знаний не менее чем у 90% социальных работников, у остальных – не менее 85% уровень знаний;

– улучшение качества жизни обслуживаемых социальными работниками пожилых людей, выражающееся в улучшении показателей когнитивных процессов, а именно: увеличение в 1,5 раза доли клиентов муниципальных центров социального обслуживания с отсутствием

когнитивных нарушений, снижение в 1,3 раза числа клиентов с умеренными нарушениями и в 2,7 раза – с дементными проявлениями.

– увеличение уровня удовлетворённости клиентов муниципальных комплексных центров социального обслуживания качеством работы.

Помимо проектных мероприятий, повышению качества жизни граждан старших возрастных групп будет содействовать увеличение числа людей, привлекаемых к мероприятиям по раннему выявлению, профилактике и замедлению прогрессирования деменции. На сегодняшний день такой работой охвачены преимущественно пожилые люди, которым социальные работники помогают на дому. Чаще всего это возрастная категория 70+. Между тем, преддементные состояния могут проявляться уже в 40-45-ти летнем возрасте, когда начинают замедляться физиологические процессы в организме.

В этой связи, во-первых, такая работа должна быть направлена на более молодые категории граждан и не обязательно обслуживаемых муниципальными комплексными центрами. Во-вторых, к ранней диагностике, профилактике и мероприятиям по замедлению прогрессирования деменции мало привлекается пожилое население, не получающее помощь в муниципальных центрах. В этой связи необходимо активизировать разъяснительную и просветительскую работу в СМИ, мотивирующую как на раннюю диагностику, так и на ведение образа жизни, снижающего риск заболевания деменцией. Особое внимание в процессе просветительской работы необходимо уделить следующему: то что принято называть «старческими особенностями» – это признаки заболевания, а не возраста (старость – не болезнь). А именно эта установка населения является основной причиной халатного отношения к ухудшению когнитивных способностей.

Информационно–просветительская работа должна касаться не только вопросов необходимости ранней диагностики и способов ее осуществления, образа жизни, снижающего риск наступления деменции или же

способствующего замедлению ее прогрессирования, но также организации жизнедеятельности людей (родственников, помощников), занятых в обслуживании дементных больных, возможностей получения медицинской, юридической, психологической и организационной помощи и поддержки.

Выводы.

1. Повышению качества жизни пожилых людей посредством увеличения периода их активной и продуктивной жизни может способствовать улучшение качества работы с ними, осуществляемой в процессе социального обслуживания; обеспечение условий для ранней диагностики когнитивных расстройств у пожилых людей, не обсуживаемых в МКЦ, в том числе у будущих пожилых людей (возрастная группа 40+).

2. В реализации этой задачи существенную роль играет повышение уровня компетенции социальных работников; развитие информационно-просветительской работы, мотивирующей население на профилактическую и раннюю диагностику когнитивного состояния, ведение образа жизни, снижающего риск наступления деменции или же способствующего замедлению ее прогрессирования, а также предоставляющей населению информацию о возможной юридической, психологической и организационной помощи и поддержке людей, занятых в уходе за дементными больными.

3. Повышение качества работы по раннему выявлению когнитивных расстройств, их превенции и замедлению прогрессирования может быть достигнуто за счет оптимизации системы подготовки социальных работников к такой деятельности за счет совершенствования: тематики занятий соответствующего курса для социальных работников; системы трансляции социальными работниками соответствующих знаний; методического обеспечения деятельности социальных работников в обеспечении профилактики и замедления прогрессирования деменции; оценки качества реализации проекта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обеспечение качества жизни населения старших возрастных групп – одна из приоритетных глобальных задач, озвучиваемых в различных документах Всемирной Организации Здравоохранения. Последние годы эта проблема была актуализирована в России в рамках Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденной Правительством Российской Федерации. Однако в Рейтинге стран мира по значениям индекса качества жизни пожилых людей, включающего в себя такие показатели, как материальная обеспеченность, состояние здоровья, образование и занятость и хорошие условия жизни, Россия в 2017 году заняла 65 место, а по критерию здоровья Россия 86-е.

Деменция входит в число причин понижения качества жизни граждан старшего поколения. В возрасте 80 лет она отмечается уже 20-25% населения. Но обращения к врачу по поводу когнитивных расстройств, связанных с ней, происходят обычно на поздней стадии, когда ничего уже изменить нельзя. На предыдущих же стадиях, когда на течение болезни можно еще повлиять, когнитивные изменения, происходящие с лицами старшей возрастной группы, ими самими и их окружением расцениваются как нормальные процессы старения. В этой связи значимой проблемой является разработка программ предупреждения и своевременного выявления деменции. На сегодняшний день в России проблема деменции не вышла на уровень первостепенной важности, не занимает должного места в социальной политике, продолжая негативно влиять на качество жизни населения, в связи с чем необходима разработка программ, восполняющих данный пробел в социальной политике.

Результаты обзора научной литературы позволяют утверждать, что здоровье входит в число ключевых показателей, определяющих качество жизни человека. В соответствии с дефиницией ВОЗ качество жизни определяется как способ жизни, ставший результатом воздействия

комбинации факторов, влияющих на счастье, здоровье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительное образование, работу, социальный успех, свободу, возможность свободных действий, отсутствие каких-либо угнетений и справедливость. В связи с определяющей ролью здоровья в обеспечении качества жизни, в современном здравоохранении последние годы широко распространился термин «качество жизни, связанное со здоровьем». Оно определяется удовлетворенностью различными сторонами жизни, на которые оказывают влияние болезни, их следствия, а также их лечение и ограничения, связанные с ним. Важность такого подхода пониманию качества жизни определяется тем, что с его помощью появляется возможность комплексно оценить влияние болезни на жизнь пациента, сравнить эффективность различных стратегий ухода, лечения, поддержки.

Деменция является глобальной проблемой, существенно снижающей качество жизни граждан старшего поколения, а в возрасте 80–ти лет – уже у каждого четвертого–пятого человека. Снижение качества жизни у дементных больных сопряжено в первую очередь со снижением и утратой автономности, социальных связей и отношений и их качества.

В зависимости от вида и степени деменции выделяются различные стратегии медико-социальной работы с дементными больными: лечение, психо–когнитивная стимуляция, обеспечение условий для формирования и ведения здорового образа жизни, обеспечение терапевтической среды.

Основными направлениями медико-социальной работы по предупреждению деменции и замедлению ее прогрессирования являются: ранняя диагностика заболевания; обеспечение условий для поддержания и укрепления физического здоровья, когнитивных функций, активности и благополучия; выявление и лечение поведенческих и психологических симптомов; предоставление информации и оказание долговременной поддержки лицам, осуществляющим уход за больными деменцией.

Понимание важности данной проблемы обусловило разработку и последующую реализацию в Белгородской области пилотного проекта «Совершенствование социально-медицинский подходов к повышению качества жизни граждан старшего поколения, страдающих старческой деменцией». Его суть заключается в обеспечении согласованного взаимодействия медицинских и социальных служб в обеспечении раннего выявления деменции, ее профилактике и замедлении прогрессирования. В рамках проекта была поставлена цель – повышение качества жизни граждан старшего поколения путем продление периода активной и независимой жизнедеятельности.

В результате его реализации:

- внедрена система ранней диагностики деменции в МКЦ и стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области;
- проведён комплекс профилактических и лечебных мероприятий в МКЦ и стационарных учреждениях социального обслуживания системы социальной защиты населения Белгородской области, направленных на продление периода активной и независимой жизни;
- приняты меры по физической и эмоциональной поддержке семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за дементными больными;
- организовано специализированное обучение социальных работников раннему выявлению деменции, ее профилактике и социальной помощи клиентам с когнитивными расстройствами;
- обоснован и запущен механизм информирования населения о деменции, способах ухода за пожилыми гражданами с деменцией.

В результате данного пилотного проекта методам раннего выявления и профилактики деменции у граждан пожилого возраста было обучено 540 социальных работников, которыми далее были проведены опросы и анкетирование с целью выявления деменции на ранних стадиях у 3028

(24.2%) клиентов учреждений системы социального обслуживания населения.

Это позволило выявить: легкие когнитивные нарушения у 29,5% клиентов, умеренные – у 24,6%, деменцию – у 21,4%, а отсутствие когнитивных нарушений – у 24,5%.

По результатам анкетирования разрабатывался индивидуальный план лечения и профилактики когнитивной дисфункции с использованием в основном немедикаментозных методов. Через 6 месяцев были проведены повторное анкетирование и опрос, которые, в частности, показали увеличение клиентов с отсутствием когнитивных нарушений – в 1,2 раза, уменьшение в 1.1 раз клиентов с умеренными нарушениями и в 2,5 раза с проявлениями деменции.

Между тем, анализ реализации проекта позволяет говорить о существовании проблемных моментов. К сложностям реализации данного проекта можно отнести следующие: недостаточную мотивацию социальных работников к участию в нем, не вполне эффективный механизм обучения социальных работников, проблематичность оценки качества работы с дементными больными, сравнительно небольшой охват населения, задействованного в программе.

Следует также отметить, что данный проект ориентирован на работу по профилактике и замедлению прогрессирования деменции на ее ранних стадиях, тогда как работа на поздних стадиях требует принципиально иного подхода, которому в данном проекте практически внимания не уделяется.

Для повышения качества работы по раннему выявлению когнитивных расстройств, их превенции и замедлению их прогрессирования нами был предложен проект оптимизации системы подготовки социальных работников к такой деятельности путем совершенствования: тематики занятий соответствующего курса для социальных работников, системы трансляции социальными работниками соответствующих знаний, методического обеспечения деятельности социальных работников в работе по профилактике

и замедлению прогрессирования деменции, оценки качества реализации проекта.

Помимо проектных мероприятий были предложены другие рекомендации, основанные на представлении о том, что повышению качества жизни пожилых людей посредством увеличения периода их активной и продуктивной жизни может способствовать не только улучшение качества работы с ними, осуществляемой в процессе социального обслуживания, но также обеспечение условий для ранней диагностики когнитивных расстройств у пожилых людей, не обсуживающихся в МКЦ, в том числе, у будущих пожилых людей начиная с возраста 40 лет. В реализации этой задачи существенную роль играет повышение уровня компетенции социальных работников, а также развитие информационно–просветительской работы, мотивирующей на профилактическую и раннюю диагностику когнитивного состояния, образ жизни, снижающий риск наступления деменции или же способствующий замедлению ее прогрессирования, а также предоставляющей информацию о возможной юридической, психологической и организационной помощи и поддержке людей, занятых в уходе за дементными больными.

В заключении можно предложить следующие рекомендации для Управления социальной защиты населения Белгородской области:

- расширить тематику курсов для социальных работников, участвующих в реализации проекта «Повышение качества жизни граждан старшего поколения на основе применения медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции»;
- разработать и внедрить тестирование для оценки уровня подготовки социальных работников для участия в реализации данного проекта;
- внедрить оценку качества работы по проекту на основе выборочного интервьюирования пожилых клиентов МКЦСС;
- расширить целевую аудиторию проекта за счет граждан, не обсуживающихся в МКЦСС, а также возрастной группы 40 лет и старше.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей [Электронный ресурс]: руководящий документ организация объединенных наций от 16 декабря 1991 г. – Режим доступа: http://businesspravo.ru/Docum/DocumShow_DocumID_40278.html

2. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [Электронный ресурс]: Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. №164-р. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420334631>

3. Об утверждении стратегии социально–экономического развития Белгородской области на период до 2025 года [Электронный ресурс]: Постановление правительства Белгородской области от 18 сентября 2010 г. № 299-пп (в ред. от 25 апреля 2016 г. № 122-пп). – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/428596289> (дата обращения 11.12. 2017)

4. Положение об управлении социальной защиты населения Белгородской области [Электронный ресурс]: Постановление правительства Белгородской области от 21 мая 2012 г. №223-пп. – Режим доступа: <http://усзн31.рф/images/doki/223-pp.pdf>

5. Об утверждении региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Белгородской области на 2017-2025 годы [Электронный ресурс]: Постановление правительства Белгородской области от 29 мая 2017 года № 204-пп. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/450235415>

6. Анисимов, В.Н. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Актуальность, нормативная база [Текст] / В.Н. Анисимов, В.Ю. Серпов, А.В. Финагентов, В.Х. Хавинсон // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, №. 2. – С. 158-168.

7. Андреева, О.Н. Способы оценки уровня и качества жизни населения [Текст]/ О.Н. Андреева // Ойкумена. Регионоведческие исследования. – 2013. – № 2 (25). – С. 34-39.
8. Басов Н.Ф. Учет психологических особенностей людей пожилого возраста в социальной работе [Текст]/ Н.Ф. Басанов//Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2013. – Т. 19, №. 3. – С. 43-51.
9. Башкирёва, А.С. Инновационные геронтологические технологии в развитии стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ [Текст] /А.С. Башкирева// Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №. 4.– С. 25-29.
10. Буренко, В.И. Эффективность политической элиты и качество жизни населения [Текст] / В.И. Буренко, О.Н. Титова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – №. 6. – С. 1066-1066.
11. Верба, Ю.С. Устойчивое развитие и управление проектами: задачи и результаты интеграции [Текст]/ Ю.С. Верба, И.Н. Иванов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – № 5 (41). – С. 18-29.
12. Видясова, Л.А. Россия в международных индексах качества жизни пожилых [Текст] / Л.А. Видясова, И.А. Григорьева // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2016. – № 1. – С. 181-192.
13. Голубева, Е.Ю. Системный анализ факторов, влияющих на качество жизни пожилого населения при использовании разных форм социального обслуживания [Текст] /Е.Ю. Голубева //Успехи геронтологии. – 2016. – Т. 29, № 2. – С. 347-352.
14. Евсина, О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) [Текст] / О.В. Евсина //Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – № 1. – С. 47-51.
15. Ершова, М.В. Формирование организационно-экономического механизма управления социокультурным процессом повышения качества

жизни населения [Текст] /М.В. Ершова//Вопросы современной науки и практики. Университет им. В.И. Вернадского. – 2017. – № 1. – С. 49-54.

16. Жданова, Е.Е. Теоретические аспекты, проблемы измерения и современное состояние качества жизни в России [Текст] / Е.Е. Жданова, Т.В. Щербакова, Ю.А. Лимарева //Экономика и политика. – 2013. – №. 6. – С. 137-142.

17. Истомина, О.Б. Старшее поколение: региональные особенности социального положения [Текст] /О.Б., Истомина Т.Б. Аншукова //Управление экономическими системами. – 2016. – №. 11 (93). – 29-34.

18. Каспарьян, Ж.Э. Современные вызовы, векторы развития и противоречия социальной политики Мурманской области как региона АЗРФ [Текст] /Ж.Э. Каспарьян // Вестник Кольского научного центра РАН. – 2014. – № 4.– С. 21-24.

19. Козловская, С.Н. Моделирование процесса реализации творческого потенциала социального работника в процессе взаимодействия с клиентом [Текст] / С.Н. Козловская, О.А. Манохина // Человеческий капитал. – 2014. – № 3. – С. 134-137.

20. Корнилова, М.В. Социологический мониторинг уровня и качества жизни пожилых москвичей: новые методические и организационные подходы [Электронный ресурс] /М.В. Корнилова // Научный результат. Серия «Социология и управление». – 2016. – №1 (7). Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskiy-monitoring-urovnya-i-kachestva-zhizni-pozhilyh-moskvichey-novye-metodicheskie-i-organizatsionnye-podhody>.

21. Котикович, Ю.С. Каждый третий случай деменции можно предотвратить [Текст] /Ю.С. Котикович //Український медичний часопис. – 2017. – № 6. – С. 12–18.

22. Кузнецова, И.В. Стратегическое управление социальной сферой в муниципальном образовании [Текст] / И.В. Кузнецова // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 4.– С. 19-24.

23. Кузнецова, О.Ю. Особенности паллиативной помощи пациентам с деменцией [Текст] / О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева // Российский семейный врач. – 2017. – Т. 21. – № 2. – С. 25-31.
24. Локшина, А.В. Тяжелая деменция: диагностика, ведение пациентов, профилактика осложнений [Текст] / А.В. Локшина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – №. 1. – С. 14-17.
25. Максимова, С.Г. Социально-экономические факторы, определяющие качество жизни лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / С.Г. Максимова // Вестник Алтайского государственного аграрного университета. – 2015. – № 6 (128). – С. 46-57.
26. Милоенко, Е. В. Качество жизни населения – основной критерий устойчивого развития сельских территорий [Текст] /Е.В. Милоненко //Наука и мир. – 2013. – № 4. – С. 126-127.
27. Милоенко, Е.В. Методика комплексной оценки качества жизни населения Тюменской области [Текст] /Е.В. Милоненко //Экономика и предпринимательство. – 2015. – № 3. – С. 222-229.
28. Мироненко, Н.В. Эволюция развития проектного управления в России и за рубежом [Текст] / Н.В. Мироненко, О.В. Леонова // Управленческое консультирование. – 2017. – № 6 (102). – С. 25-35.
29. Михайлова, Н.М. Этические аспекты изучения и лечения деменций позднего возраста [Текст] /Н.М. Михайлова//Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. – 2013. – № 3. – С. 156-159.
30. Михайлова, Т.А. Проектная деятельность работников социальной сферы [Текст] / Т.А. Михайлова //Казанский педагогический журнал. – 2015. – №. 5–1.– С. 62-64.
31. Морозова, Н. И. Модернизация системы планирования развития территориальных социально-экономических систем в РФ с целью повышения качества жизни населения [Текст] /Н.И. Морозова// Управление

экономическими системами: электронный научный журнал. – 2013. – № 1 (49). – 12-22.

32. Назарова, И.Б. Здоровье и качество жизни жителей России [Текст] / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2014. – Т. 9, № 9. – С. 139-145.

33. Николаева, И.А. Взаимосвязь удовлетворенности жизнью пожилых людей с их ценностными отношениями к себе и другим [Текст] / И.А. Николаева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2. – С. 689-689.

34. Олейникова, Е.Г. Нормативно–правовые и организационные аспекты управления социальной сферой в России: история и современность [Текст] / Е.Г. Олейникова, С.С. Симонова // Философия социальных коммуникаций. – 2013. – № 3. – С. 27-36.

35. Пузин, С.Н. Актуальные вопросы медико-социальной реабилитации в амбулаторных условиях: пациенты, страдающие деменцией [Текст] / С.Н. Пузин, М. А. Шургая, О.М. Торопова // Медико–социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – Т. 18, № 1. – С. 12-19.

36. Радионович, А.М. Медицинский компонент в подготовке социального работника за рубежом [Текст] / А.М. Радионович // Материалы Ежегодной богословской конференции Православного Свято–Тихоновского гуманитарного университета. – М.: Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Православный Свято–Тихоновский гуманитарный университет», 2014. – С. 245-248.

37. Романычев, И.С. Пожилой человек и городская среда: противоречия социальной адаптации [Текст] / И.С. Романычев // European science review. – 2014. – № 1–2. – С. 12-16.

38. Садыков, Р.М. Уровень и качество жизни населения как фактор обеспечения социальной безопасности территориальных образований [Текст] / Р.М. Садыков // Фундаментальные исследования. – 2014. – Т. 1, №. 11. – С. 14-19.

39. Семисьянов, С.О. Качество жизни пожилого населения в зависимости от возраста, пола и условий стационарного лечения [Электронный ресурс] / С.О. Семисьянов, М.А. Подзнякава, В.Е. Исаев // Медиоорганизация Здравоохранения. – 2012. – № 1(4). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/kachestvo-zhizni-pozhilogo-naseleniya-v-zavisimosti-ot-vozrasta-pola-i-usloviy-statsionarnogo-lecheniya>

40. Смерека, В.Ю. Уровень и качество жизни в современной России [Текст] / В.Ю. Смерека, Е.В. Ермолаева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5, №. 12. – С. 1559-1559.

41. Соловьев, А.Г. Социальная значимость раннего скрининга нарушения психического здоровья лиц пожилого возраста [Текст] / А.Г. Соловьев, И.А. Новикова, Л.П. Удовенкова // Шаг навстречу: связь теории и практики социальной работы. – 2016. – № 2. – С. 364-369.

42. Старцева, О.Н. Качество жизни пожилых людей как критерий эффективности терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания (на примере ярославского областного геронтологического центра) [Текст] / О.Н. Старцева // Клиническая геронтология. – 2016. – Т. 22, № 1–2. – С. 55-58.

43. Старовойтова, Л.И. Организованный досуг как средство восстановления здорового образа жизни пожилых людей [Текст] /Л.И. Старовойтова, С.Н. Козловская, Я.В. Шимановская //Человеческий капитал. – 2015. – № 8. – С. 35-38.

44. Супрун, Н.Г. Качество жизни пожилых людей как социальная проблема [Текст] / Н.Г. Супрун // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – Vedecko vydavatelске centrum Sociosfera–CZ sro, 2015. – № 46. – С. 171-173.

45. Татаркин, А.И. Программно-проектное управление потенциалом территории как потребность ее системного развития [Текст] / А.И. Татаркин, К.А. Новикова // Ars Administrandi. – 2015. – № 2. – С. 35-47.

46. Тихонова, Н.В. Психологический аспект качества жизни пожилого населения Красноярского края [Текст] / Тихонова Н.В. // Медицина и образование в Сибири. – 2014. – № 4. – С. 36-45.

47. Ткачёва, О.Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации [Текст] / О.Н. Ткачева // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – № 4. – С. 27-32.

48. Хаджалова, Х.М. Институциональные основы регулирования качества жизни в регионах [Текст] / Х.М. Хаджалова // Региональные проблемы преобразования экономики. – 2013. – № 4 (38). – С. 35-42.

49. Черешнева, Н.Д. Оптимизация лекарственной помощи пациентам пожилого возраста на основе оценки качества жизни [Текст] / Н.Д. Черешнева // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 3. – С. 18-24.

50. Шавловская, О.А. Медико–социальные аспекты пожилого возраста [Текст] / О.А. Шавловская // Социология медицины. – 2013. – № 2. – С. 12-18.

51. Щанина, Е.В. Интеграция пожилых людей в современный социум [Текст] / Е.В. Щанина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2015. – № 1 (33). – С. 45-51.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Паспорт проекта

Оптимизация подготовки социальных работников к деятельности по повышению качества жизни граждан старшего поколения на основе применения медико-социального подхода к профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции

Цель проекта	предложить направления оптимизации системы подготовки социальных работников к деятельности по профилактике и замедлению прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода
Задачи проекта	<p>Предложить направление совершенствования тематических занятий курса для социальных работников по осуществлению ранней диагностики, профилактики и замедлению прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.</p> <p>Разработать эффективную систему трансляции социальными работниками знаний по осуществлению ранней диагностики когнитивных нарушений и мероприятий, направленных на профилактику и замедление прогрессирования старческой деменции на основе медико-социального подхода.</p> <p>Усовершенствовать методическое сопровождение деятельности социальных работников в обеспечении профилактики и замедлении прогрессирования деменции.</p> <p>Разработать рекомендации по оценке качества реализации проекта.</p>
Способ достижения цели (мероприятия проекта)	<ul style="list-style-type: none"> – расширение тематики курсов; – разработка дополнительных методических материалов; – разработка оценочных средств (тестов и компьютерной программы для проведения тестирования); – обучение социальных работников по расширенной программе с последующим тестированием; – отслеживание качества трансляции знаний посредством сплошного компьютерного тестирования социальных работников и беседы (выборочно); – отслеживание качества работы социальных

	<p>работников на основе интервьюирования пожилых клиентов МКЦ и людей, занятых в их обслуживании</p>
<p>Результаты проекта</p>	<p>В результате проекта будет обучено по расширенной программе для трансляции знаний 540 сотрудников из 32 муниципальных центров социального обслуживания Белгородской области, с этой целью проведено 16 занятий по 3 часа.</p> <p>Разработано и скорректировано 3 типа методических материалов (учебные пособия, методические указания)</p> <p>Разработан 1 тест для оценки усвоения знаний по социальной работе, связанной с ранним выявлением, предупреждением и замедлением прогрессирования деменции.</p> <p>Протестированы социальные работники, занятые в обслуживании пожилых людей 32 муниципальных центров социального обслуживания общим количеством около 2000 человек.</p> <p>Опрошено не менее 100 клиентов муниципальных центров социального обслуживания.</p> <p>В результате реализации проекта ожидается:</p> <ul style="list-style-type: none"> – повышение уровня компетенции социальных работников, занятых в обслуживании пожилых людей, в вопросах раннего выявления, предупреждения и замедления прогрессирования деменции (результаты тестирования должны показать 95-100% уровень знаний не менее чем у 90% социальных работников, у остальных – не менее 85% уровень знаний; – улучшение качества жизни обслуживаемых социальными работниками пожилых людей, выражающееся в улучшении показателей когнитивных процессов, а именно: увеличение в 1,5 раза доли клиентов муниципальных центров социального обслуживания с отсутствием когнитивных нарушений, снижение в 1,3 раза числа клиентов с умеренными нарушениями и в 2,7 раза – с дементными проявлениями; – увеличение уровня удовлетворённости клиентов муниципальных комплексных центров социального обслуживания качеством работы
<p>Общий объем финансирования проекта</p>	<p>49400 руб</p>

