

На правах рукописи



СТАРЦЕВА
ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ
ЛЮДЕЙ В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

14.01.30 – Геронтология и гериатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

15 Ноя 2017



Самара - 2017

008712126

Работа выполнена в отделе клинической геронтологии и гериатрии
Автономной научной некоммерческой организации высшего образования

Научно-исследовательского центра

«Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии» и
Государственном бюджетном учреждении социального обслуживания Ярославской области
«Ярославский областной геронтологический центр»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент
Ильинецкий Андрей Николаевич

Официальные оппоненты:

Лукьянова Инна Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, Государственное
автономное учреждение города Москвы «Институт дополнительного профессионального
образования работников социальной сферы», заведующая кафедрой социально-медицинской
реабилитации.

Жернакова Нина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, Медицинский
институт Федерального государственного автономного образовательного учреждения
высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский
университет», заместитель директора по научной работе.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им.
А.И. Ендовикова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва.

Защита диссертации состоится «06» декабря 2017г. в 10.00 часов на заседании
диссертационного совета Д 208.085.05 при государственном бюджетном образовательном
учреждении высшего профессионального образования «Самарский государственный
медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443079,
г. Самара, пр. К. Маркса, 165 В).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (443001, г. Самара, ул. Арицубашевская,
171) и на сайте (<http://www.samsmu.ru/science/referrals>) государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский
государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации.

Автореферат разослан «13 ноябрь 2017г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Осадчук Алексей Михайлович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации

Прогрессирующее постарение населения характерно для общемировых демографических процессов. Глобальной стратегической линией Всемирной организации здравоохранения в области старения на ближайший (2016-2020г.г.) и отдаленный (2020-2030г.г.) периоды является разработка плана действий в отношении пожилых людей. Экспертами ВОЗ предлагается рассматривать возрастающие с возрастом проблемы пожилых людей как континуум функционирования и разрабатывать всесторонние меры в отношении пожилых людей с учетом понятия их функциональной способности. При этом важными направлениями являются изучение индивидуальной жизнеспособности пожилых людей, их потребностей, предоставление комплексной медицинской или долгосрочной помощи, создание учитывающей возрастные особенности среды жизнедеятельности, приводящих к повышению функциональной способности пожилых людей¹.

Решение этих вопросов требует совершенствования геронтологической помощи и дифференцированного подхода к работе с пожилыми людьми на современном этапе. Реализация принципов государственной социальной политики, принятие Федерального закона № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», вступившего в силу с 01 января 2015 года, обуславливают необходимость организационных изменений в сфере социальной защиты и предъявляют новые требования к организации социального обслуживания, поиску новых эффективных форм работы².

Отдельную группу составляют пожилые люди, которые не могут самостоятельно без посторонней помощи проживать дома и поступают на постоянное проживание в условия «защищенной среды», то есть в стационарные учреждения социального обслуживания [Шабалин В.Н., 2005, 2009; Катюхин В.Н., Дементьева Н.Ф., 2010; Холостова Е.И., 2010; Шляфер С.И., 2013].

В феврале 2016 года Правительством Российской Федерации утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 года, в которой поставлены задачи по созданию общества для всех возрастов, включая оказание необходимой помощи пожилым гражданам с учетом их индивидуальной нуждаемости, потребностей и независимо от места их проживания. По состоянию на 1 января 2015 г. в Российской Федерации количество учреждений стационарного социального обслуживания для постоянного проживания лиц пожилого и старческого возраста составило более 1,3 тыс. единиц. Социальные услуги в них получают свыше 247 тыс. граждан³.

В настоящее время система стационарного социального обслуживания представлена учреждениями и организациями различного профиля: домами-интернатами общего типа, психоневрологическими интернатами, реабилитационными центрами, домами милосердия, геронтологическими центрами, учреждениями разных форм собственности. Опыт по стационарному социальному обслуживанию в домах-интернатах разного типа отражен в

¹ Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]: Официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.who.int/ageing/ru>. (Дата обращения: 11.11.2015).

² Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.12.2013г. № 442-ФЗ // Российская газета. – 2013. – № 295, (30 дек.).

³ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 года [Электронный ресурс]: Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016г. № 164-р. – Режим доступа: <http://base.consultant.ru>. (Дата обращения: 08.02.2016).

работах Васильчикова В.М., 2002, 2004; Дементьевой Н.Ф., Касаткиной В.В., 2002; Максимовой Н.Е., 2006; Катюхина В.Н., Дементьевой Н.Ф., 2010; Холостовой Е.И., 2010 и др.

На современном этапе во всех геронтологических учреждениях возникла необходимость организации терапевтической среды, адекватной состоянию здоровья пожилых людей, представляющей собой создание максимально благоприятных условий, окружающих пожилого человека, непосредственно или косвенно оказывающую профилактическое, лечебное, реабилитационное, поддерживающее воздействие на пациентов и исключающую воздействие потенциально неблагоприятных факторов при пребывании пожилого человека в стационарном учреждении [Немыкин О.Н., 2012, 2013; Прошаев К.И., Ильинский А.Н., Батанова Е.П., Сушкива В.И., 2012; Прошаев К.И., 2014].

Формирование модели терапевтической среды в стационарном социальном учреждении представляется перспективной разработкой, поскольку предусматривает дифференцированный подход при организации мероприятий в учреждении в зависимости от состояния здоровья пациентов старших возрастных групп и степени выраженности синдрома старческой астении. Такие подходы актуальны при реализации порядка оказания медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, определенного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 года № 38-н, с целью повышения функциональной способности и независимости пациентов от посторонней помощи в повседневной жизни⁴.

Дифференцированные мероприятия терапевтической среды направлены на повышение качества геронтологической помощи, имеют реабилитационное воздействие и могут рассматриваться как вид третичной профилактики с целью продления жизни.

В этой связи актуальным является изучение гериатрического статуса, распространенности синдрома старческой астении у пациентов, пребывающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, и разработка мероприятий терапевтической среды [Ильинский А.Н., Прошаев К.И., 2012, 2013].

Степень разработанности темы исследования. В настоящее время имеются данные об организации работы в российских домах-интернатах, состояния социально-медицинского обслуживания пожилых людей в этих учреждениях [Дементьева Н.Ф., 2003; Карюхин Э.В., 2003, 2005; Максимова Н.Е., 2006; Катюхин В.Н., Дементьева Н.Ф., 2010; Холостова Е.И., 2006, 2010; Пузин С.Н., Хритинин Д.Ф., Дементьева Н.Ф., Максимова Н.Е., Рязанов Д.П., 2007; Кокарев Ю.С., Бабичева О.В., Хлевная Н.В., Линягова А.С. 2011 и др.].

Тем не менее, в настоящее время остаются традиционными подходы к работе с пожилыми людьми. Нет исследований, отражающих обоснование терапевтической среды в стационарных учреждениях социального обслуживания в зависимости от гериатрического статуса пациентов старших возрастных групп и степени тяжести синдрома старческой астении.

Таким образом, выявление гериатрических синдромов послужит важной информацией при оценке состояния здоровья пожилых людей, разработке гериатрических

⁴ Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016г. № 38-н. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420339190>. (Дата обращения: 29.03.2016).

мероприятий и формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания для повышения функциональной способности пожилых людей и повышения качества комплексной геронтологической помощи.

Все это определило цель и задачи исследования.

Цель исследования

Разработать и внедрить модель терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания для повышения качества геронтологической помощи пациентам старших возрастных групп.

Задачи исследования

1. Изучить распространенность синдрома старческой астении и основных гериатрических синдромов у пациентов старших возрастных групп в стационарном учреждении социального обслуживания.
2. Дифференцировать пациентов на клинико-реабилитационные гериатрические группы в зависимости от гериатрического статуса.
3. Разработать модель терапевтической среды для пациентов стационарного учреждения социального обслуживания в зависимости от принадлежности к клинико-реабилитационной гериатрической группе.
4. Дать оценку эффективности внедрения терапевтической среды.

Научная новизна результатов исследования

В диссертации впервые на основе современных подходов к оказанию геронтологической помощи проведено исследование гериатрического статуса пациентов старших возрастных групп, пребывающих в стационарном учреждении социального обслуживания, результатом которого стало научное обоснование модели терапевтической среды для пожилых людей. Сплошным методом изучен гериатрический статус пациентов старше 65 лет. Показательно, что основными гериатрическими синдромами, определяющими зависимость пожилых людей от посторонней помощи в доме-интернате, являются нарушения общей двигательной активности и когнитивные нарушения.

Впервые в зависимости от степени выраженности и сочетания указанных синдромов сформированы клинико-реабилитационные гериатрические группы.

Предложена модель терапевтической среды, основными блоками которой являются базовые мероприятия, общие для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп, и специальные для каждой клинико-реабилитационной гериатрической группы. Набор базовых мероприятий, включающих интерьерный и экстерьерный факторы среды, социально-медицинские, психолого-педагогические компоненты и комплекс специальных мер, в зависимости от гериатрического статуса пациентов и принадлежности к клинико-реабилитационной гериатрической группе, ориентированы на повышение качества геронтологической помощи, гериатрического ухода, повышение качества жизни и функциональных способностей пациентов в доме-интернате.

Впервые с использованием специфических для современной гериатрии подходов к организации питания лиц пожилого и старческого возраста, ориентированных на оценку факторов риска развития синдрома мальнутриции, разработана программа для ЭВМ «Оптимизация питания пациентов с синдромом мальнутриции» (свидетельство о государственной регистрации № 2016614483).

Впервые разработаны и внедрены научно-обоснованные рекомендации по формированию терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания, адекватной

возрасту, состоянию физического и психического здоровья пациентов старших возрастных групп.

Теоретическая и практическая значимость полученных результатов

Теоретическая и практическая значимость результатов исследования заключается в следующем. Проведен специализированный гериатрический осмотр пациентов старших возрастных групп, пребывающих в стационарном учреждении социального обслуживания, сформированы три клинико-реабилитационные гериатрические группы: первая группа – активные пациенты без нарушений или с легкими нарушениями гериатрического статуса, вторая группа – пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса, третья группа – пациенты с тяжелыми и терминальными нарушениями гериатрического статуса.

Разработана и научно-обоснована модель терапевтической среды, включающая комплекс базовых мероприятий, общих для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп, и комплекс специальных мероприятий терапевтической среды для каждой сформированной клинико-реабилитационной гериатрической группы.

Предложена авторская программа для ЭВМ «Оптимизация питания пациентов с синдромом мальянуриции» (свидетельство о государственной регистрации № 2016614483), которая позволяет обеспечить рациональный подход при организации питания пациентов пожилого и старческого возраста с учетом индивидуальных особенностей и потребностей пожилого пациента.

Результатом разработанной модели терапевтической среды является повышение параметров устойчивости и уменьшение зависимости пациентов от посторонней помощи, улучшение морального статуса, повышение удовлетворенности пожилых людей условиями проживания в стационарном учреждении социального обслуживания, повышение качества жизни и снижение летальности пациентов старших возрастных групп.

Предложенные подходы к организации терапевтической среды могут использоваться в практической деятельности учреждений и организаций социального обслуживания разного типа.

Методология и методы диссертационного исследования

Методология диссертационного исследования построена на изучении и обобщении отечественной и зарубежной литературы по теме диссертационного исследования, оценке степени разработанности и актуальности темы. В соответствии с поставленной целью и задачами автором разработан план выполнения всех этапов диссертационной работы, выбраны объекты исследования, которыми стали 237 пациентов старше 65 лет, пребывающие в стационарном социальном учреждении. В процессе исследования использована комплексная гериатрическая оценка пациентов, создана электронная база данных пациентов, полученные результаты систематизированы и статистически обработаны, написаны все главы диссертации, сформулированы выводы и практические рекомендации, разработана программа для ЭВМ.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. В стационарном учреждении социального обслуживания синдром старческой астении имеет место у $72,6\pm2,8\%$ обследованных, при этом преобладают двигательные нарушения ($94,1\pm1,5\%$), характеризующиеся нарушениями устойчивости ($83,9\pm2,4\%$) и походки ($94,1\pm1,5\%$), нарушения когнитивных функций ($71,7\pm2,9\%$), что в совокупности обуславливает формирование зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни у $78,5\pm2,7\%$ пациентов.

2. С учетом гериатрического статуса целесообразно дифференцировать пациентов на три клинико-реабилитационные гериатрические группы: первая группа – активные пациенты без нарушений или с легкими нарушениями гериатрического статуса; вторая группа – пациенты с умеренными двигательными или когнитивными нарушениями; третья группа – пациенты с тяжелыми и терминальными нарушениями гериатрического статуса.

3. Повышение качества геронтологической помощи и функциональной способности пациентов старших возрастных групп в стационарном учреждении социального обслуживания возможно на основе комплексной модели терапевтической среды, включающей: базовые мероприятия, состоящие из интерьера и экстерьера компонентов, социально-медицинских и психолого-педагогических мероприятий, а также комплекс специальных мероприятий для каждой клинико-реабилитационной гериатрической группы.

4. Внедрение разработанной модели терапевтической среды способствует положительной динамике гериатрического статуса за счет показателей, характеризующих устойчивость пациентов, улучшения психологического состояния пожилых людей, уменьшения степени зависимости в повседневной жизни по шкале Бартел, улучшения качества жизни и повышения удовлетворенности пациентов условиями проживания, уменьшением летальности.

Степень достоверности и аprobация результатов диссертации

Достоверность научных положений и выводов определяется достаточным объемом клинического материала, применяемыми современными методами исследования, статистической достоверностью полученных данных, использованием критериев доказательной медицины. Проверка первичной документации подтверждает достоверность материалов, включенных в диссертацию.

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах, конференциях, симпозиумах, совещаниях: на VI научно-практической геронтологической конференции с международным участием «Пушкивские чтения» (г. Санкт-Петербург, 18 ноября 2010г.), на заседании круглого стола «Здоровый город: проблемы пожилых людей и пути их решения» в Правительстве Москвы (г. Москва, 22 января 2011г.), на заседании V международного круглого стола «Социальные проблемы. XXI век» (г. Ярославль, 3 июня 2011г.), на международном форуме «Инновации. Бизнес. Образование - 2011» (г. Ярославль, 13 октября 2011г.), на заседании круглого стола на базе ГАУ СО МО «Дмитровский дом-интернат малой вместимости для пожилых людей и инвалидов» (г. Дмитров, 19 июня 2013г.), на региональных Рождественских образовательных Чтениях (г. Ярославль, 29 ноября 2013г.), на межрегиональной конференции «Опыт работы учреждений социального обслуживания Ярославской области по повышению качества жизни пожилых людей» (г. Ярославль, 5 декабря 2013г.), на Всероссийской конференции по итогам реализации региональных программ по повышению качества жизни пожилых людей (г. Ярославль, 19 сентября 2013г.), на областной научно-практической конференции «Шаг навстречу» (г. Архангельск, 18 декабря 2014г.), на научно-практической конференции «Актуальные проблемы реабилитации пациентов старших возрастных групп» (г. Москва, 3 апреля 2015г.), на международной научно-практической конференции «Гериатрия XXI века» (г. Белгород, 28 мая 2015г.), на международной конференции Nursing Home Research International Working Group (г. Тулуза, Франция, 2-3 декабря, 2015г.), на международном конгрессе «Социальная адаптация, поддержка и здоровье пожилых людей в современном

обществе» в рамках международного конгресса «Старшее поколение» (г. Санкт-Петербург, 31 марта 2011г.; 11 апреля 2012г.; 18 марта 2015г.; 30 марта 2016г.).

Внедрение результатов исследования в практику

Основные результаты диссертационного исследования были внедрены в практическую деятельность учреждений здравоохранения г. Ярославля: ГБУЗ ЯО Ярославского областного клинического госпиталя ветеранов войн-международного центра по проблемам пожилых людей «Здоровое долголетие», ГУЗ ЯО клинической больницы № 8, ГБКУЗ ЯО поликлиники № 2, в практическую деятельность учреждений социального обслуживания Ярославской области: ГБУ СО ЯО Некрасовского дома-интерната для престарелых и инвалидов, ГБУ СО ЯО Рыбинского дома-интерната для престарелых и инвалидов, ГБУ СО ЯО Туношенского пансионата для ветеранов войны и труда, ГБУ СО ЯО Тутаевского дома-интерната для ветеранов войны и труда. Материалы диссертации используются в учебно-педагогическом процессе ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА России (г. Москва), ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава РФ для студентов и врачей (г. Ярославль), в цикле краткосрочного повышения квалификации (72 часа) средних медицинских работников учреждений здравоохранения и социального обслуживания Ярославской области «Сестринское дело в терапии» ГПОУ ЯО «Ярославский медицинский колледж» (г. Ярославль). Методические рекомендации, содержащие результаты исследования, были утверждены в Министерстве труда и социальной защиты Республики Беларусь и рекомендованы к использованию в практической деятельности в учреждениях социального обслуживания Республики Беларусь.

Личный вклад автора

При проведении исследования автором лично определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, разработаны методические подходы к проведению диссертационного исследования. Непосредственно автором проведен сбор материала на основе изучения распространенности синдрома старческой астении и основных геронтологических синдромов у 237 пациентов старших возрастных групп, пребывающих в стационарном учреждении социального обслуживания, создана электронная база данных пациентов. Разработан и применен у 118 пациентов старших возрастных групп опросник по изучению удовлетворенности пациентов условиями проживания в стационарном учреждении социального обслуживания.

Автором лично проведена статистическая обработка и обобщение полученных данных, подготовка основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи диссертации и автореферата. Личный вклад автора составляет 85%.

В соавторстве разработана программа для ЭВМ «Оптимизация питания пациентов с синдромом малопитательности» (свидетельство о государственной регистрации № 2016614483).

Связь темы с планами соответствующих отраслей науки и народного хозяйства

Тематика диссертационной работы согласуется с реализацией принципов государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения. Научные результаты, полученные в ходе диссертационного исследования, имеют существенное значение при создании терапевтической среды в стационарных учреждениях социального обслуживания разного профиля. Результаты диссертационной работы целесообразно использовать при оказании геронтологической помощи в стационарных социальных

учреждениях, в учебно-педагогическом процессе при подготовке специалистов по геронтологии и гериатрии. Диссертационная работа является темой, выполняемой по основному плану научно-исследовательских работ АННО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует паспорту специальности 14.01.30 – Геронтология и гериатрия в области: 1. Разработка принципов и организация медико-социального обслуживания людей пожилого и старческого возраста.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 30 работ, в том числе статей в научных журналах из перечня ВАК Минобрнауки РФ – 8, из них единолично – 5; статей в сборниках научных трудов – 7; тезисов докладов – 14; статей в методических рекомендациях – 1; соавторство в главах методических рекомендаций – 2; программа для ЭВМ – 1.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из оглавления, введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из пяти глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников, приложений. Работа представлена на 150 страницах, содержит 21 таблицу, 23 рисунка, 2 блок-схемы, список использованной литературы, включающий 188 источников (в т.ч. 38 иностранных) и 3 приложения.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе государственного бюджетного учреждения социального обслуживания Ярославской области «Ярославский областной геронтологический центр» (ЯОГЦ), являющимся типичным учреждением стационарного социального обслуживания, в котором проживают 79,3% лиц старших возрастных групп.

Дизайн исследования

Проведенное исследование включало четыре этапа: изучение гериатрического статуса, распространенности синдрома старческой астении среди пациентов старших возрастных групп и выделение клинико-реабилитационных гериатрических групп; изучение удовлетворенности пациентов старших возрастных групп условиями проживания и социальным окружением; научное обоснование и разработка модели терапевтической среды; внедрение модели терапевтической среды и оценка ее эффективности.

На первом этапе сплошным методом был изучен гериатрический статус пациентов старше 65 лет, пребывающих в стационарном учреждении социального обслуживания. В соответствии с Методическими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения РФ, для повышения качества ведения пациентов пожилого возраста рекомендуется проводить комплексную гериатрическую оценку⁵. Комплексная гериатрическая оценка включает данные изучения медицинского и социального статуса

⁵ Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией [Электронный ресурс]: Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения, утвержденные Министерством здравоохранения РФ. – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2016/08/16/3116>. (Дата обращения: 19.08.2016).

пожилого пациента, данные объективного обследования, клинические методы исследования.

Для оценки гериатрического статуса пациентов старших возрастных групп нами использовался специализированный гериатрический осмотр, являющийся составной частью комплексной гериатрической оценки. Исследование проводилось с помощью компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении». Было обследовано 237 человек, из них мужчин – 86 (36,3%), женщин – 151 (63,6%). Средний возраст обследуемых составил $76,6 \pm 8,6$ лет, из них до 75 лет – 94 человек (39,7%), старше 75 лет – 143 человек (60,3%). В зависимости от показателей специализированного гериатрического осмотра все пациенты дифференцировались на клинико-реабилитационные гериатрические группы.

На втором этапе – проведено изучение удовлетворенности пациентов старших возрастных групп условиями проживания и социальным окружением. Для этого было опрошено 118 пациентов старших возрастных групп по специально разработанной анкете «Определение удовлетворенности условиями проживания в стационарном учреждении социального обслуживания», из них пациенты в возрасте 60-74 года составили 46%, старше 75 лет – 55% опрошенных. Медианный возраст респондентов составил 82 года. Интерпретация данных анкетирования позволила изучить степень удовлетворенности пожилых людей условиями проживания и выявить потребности пациентов в мероприятиях терапевтической среды.

На третьем этапе – проведена разработка модели терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания. Был использован метод экспертных оценок. В состав экспертной группы вошло 3 специалиста в области геронтологии и гериатрии (распределение по ученым степеням: доктор медицинских наук – 2, кандидат медицинских наук – 1 по специальности 14.01.30 - геронтология и гериатрия), индекс Хирша (h-индекс) равен 9.

Для определения величины основных параметров, определяющих терапевтическую среду, был использован балльный метод, позволяющий оценить отдельные показатели, с помощью баллов. Для этого была разработана специальная Карта экспертной оценки, в которую каждый эксперт помещал анализируемый объект в определенный интервал, проставляя балл от 1 до 10 (1 балл соответствует наименьшему значению признака, присущему объекту исследования, 10 баллов – наибольшему значению).

На основании полученных данных нами была разработана модель терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания, включающая базовые или основные мероприятия терапевтической среды и специальные, в соответствии с дифференцировкой контингента по гериатрическому статусу.

На четвертом этапе было проведено внедрение модели терапевтической среды и оценка ее эффективности в клинико-реабилитационных гериатрических группах. С целью апробации модели терапевтической среды в каждой клинико-реабилитационной группе были сформированы две группы пациентов: основная группа – 35 пациентов и контрольная группа – 32 пациента старших возрастных групп. Критерии включения: возраст старше 65 лет (средний возраст обследуемых составил $76,6 \pm 8,6$ лет), проведенный специализированный гериатрический осмотр, включенность пациентов в мероприятия терапевтической среды, которые были применены для этой категории. Критерии исключения: наличие тяжелой степени старческой астении, выраженный когнитивный дефицит или тяжелое физическое состояние по результатам специализированного гериатрического осмотра.

Эффективность внедрения предлагаемой модели терапевтической среды проводилась по следующим критериям: динамика параметров гериатрического статуса пациентов; изучение удовлетворенности пожилых людей средой и условиями жизни в доме-интернате; динамика качества жизни пациентов старших возрастных групп; анализ показателей летальности в доме-интернате до внедрения и после внедрения мероприятий терапевтической среды, а также в сравнении показателей смертности в ЯОГЦ со средними областными показателями.

Статистическая обработка данных исследования

При статистическом анализе материалов проводился расчет средних относительных величин и их ошибок ($M \pm m$). Статистический анализ достоверности различий в группах проводился по t-критерию Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Рассчитывались стандартизованные показатели по полу и возрасту. При проведении экспертной оценки применяли методы Дельфи и χ^2 -критерия Пирсона, позволяющий определить значимость различных факторов для формирования терапевтической среды разным категориям пациентов в зависимости от их гериатрического статуса. При статистической обработке данных они заносились в электронные таблицы «Microsoft Excel». Для статистического анализа результатов исследования использованы пакеты программ «Statistica 6.0».

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

I. Изучение гериатрического статуса

По результатам специализированного гериатрического осмотра установлена следующая распространенность гериатрических синдромов.

1. Нарушение способности к передвижению

В ходе исследования нарушения параметров устойчивости в целом выявлены у $83,9 \pm 2,4\%$ пациентов, параметров ходьбы у $94,1 \pm 1,5\%$ пациентов старших возрастных групп (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение пациентов по степени способности к передвижению
(на 100 обследованных, $M \pm m$)

| Синдром (n = 237) | Степень выраженности | $M \pm m$ |
|---|----------------------|---------------------------|
| Нарушение общей двигательной активности | Нет нарушений | $5,9 \pm 1,5$ |
| | Легкое | $4,6 \pm 1,4$ |
| | Умеренное | $36,3 \pm 3,1^*, **$ |
| | Значительное | $53,2 \pm 3,2^*, **, ***$ |
| Нарушение устойчивости | Нет нарушений | $16,0 \pm 2,4$ |
| | Легкое | $4,6 \pm 1,4$ |
| | Умеренное | $26,2 \pm 2,9^*, **$ |
| | Значительное | $53,2 \pm 3,2^*, **, ***$ |
| Нарушение походки | Нет нарушений | $5,9 \pm 1,5$ |
| | Легкое | $4,6 \pm 1,4$ |
| | Умеренное | $36,3 \pm 3,1^*, **$ |
| | Значительное | $53,2 \pm 3,2^*, **, ***$ |

* $p < 0,05$ – по сравнению с отсутствием нарушений, ** $p < 0,05$ – по сравнению с легкими нарушениями, *** $p < 0,05$ – по сравнению с умеренными нарушениями

Достоверно были выявлены значительные и умеренные нарушения таких параметров, как: общая устойчивость сидя ($12,3 \pm 2,1\%$ и $25,7 \pm 2,8\%$ соответственно);

устойчивость при попытке встать ($35,9\pm3,1\%$ - значительные нарушения и $36,7\pm3,1\%$ - умеренные нарушения); устойчивость сразу после вставания ($36,8\pm3,1\%$ и $39,2\pm3,2\%$ соответственно), $p<0,05$. Выраженные нарушения при стоянии в течение одной минуты достоверно выявлены у $42,7\pm3,2\%$ пациентов, $p<0,05$.

2. Синдром мальнутриции

По данным исследования синдром мальнутриции установлен у $21,5\pm2,7\%$ осмотренных, $p<0,05$, риск развития синдрома мальнутриции имеется у $66,2\pm3,1\%$ обследованных пациентов, $p<0,05$.

Синдром мальнутриции часто сопряжен с тревожно-депрессивными, психологическими состояниями, а также развитием деменции в пожилом и старческом возрасте [Процаев К.И., Ильинский А.Н., Павлова Т.В., 2013]. Тяжелые психологические проблемы и стрессы на протяжении последних трех месяцев достоверно отмечали $24,1\pm2,8\%$ пациентов, тогда как $75,9\pm2,8\%$ пациентов не отмечают данных проблем, $p<0,05$. Деменция тяжелой степени достоверно выявлена у $19,4\pm2,6\%$ пожилых людей, у $31,2\pm3,0\%$ - достоверно выявлена умеренная деменция или депрессия, $p<0,05$.

Для диагностики синдрома мальнутриции важна оценка качества питания. При опросе пожилых людей достоверно было выявлено, что совсем не употребляют овощи и фрукты в доме-интернате лишь $2,5\pm1,0\%$ пациентов, тогда как $97,5\pm2,01\%$ употребляют овощи и фрукты в достаточном количестве.

Однако, большинство пожилых людей ($84,8\pm2,3\%$) отметили, что употребляют в течение суток недостаточное количество жидкости (3-5 стаканов), $p<0,05$. Достоверно было выявлено, что с трудом, но все же самостоятельно принимают пищу $35,6\pm3,1\%$ пациентов, а полностью нуждаются в посторонней помощи $16,6\pm2,4\%$ пожилых людей, $p<0,05$.

С целью оптимизации питания пациентов с синдромом мальнутриции в соавторстве разработана программа для ЭВМ, позволяющая производить индивидуальный подсчет расхода энергии пациентов с синдромом мальнутриции, в зависимости от пола, возраста, температурного фактора, фактора активности, фактора повреждения, если таковой был, а также подсчет необходимого количества белков, жиров и углеводов.

3. Когнитивные нарушения

При оценке когнитивного статуса пациентов стационарного учреждения социального обслуживания установлено, что $71,7\pm2,9\%$ обследуемых имеют когнитивные нарушения разной степени выраженности (табл. 2).

Таблица 2.

Распределение пациентов по выраженности нарушений когнитивных функций
(на 100 обследованных, $M\pm m$)

| Степень выраженности нарушения когнитивных функций (n = 237) | M±m |
|---|--------------------------|
| Нарушения когнитивных функций не выявлены | $28,3\pm2,9$ |
| Легкая степень | $16,9\pm2,4^*$ |
| Умеренная степень | $21,9\pm2,7$ |
| Значительная степень | $32,9\pm3,1^{**},^{***}$ |

* $p < 0,05$ по сравнению с отсутствием когнитивных нарушений,

** $p < 0,05$ по сравнению с легкой степенью когнитивных нарушений,

*** $p < 0,05$ по сравнению с умеренной степенью когнитивных нарушений

Установлено, что $25,3\pm2,8\%$ опрошенных пациентов абсолютно не ориентируются во времени, а $17,3\pm2,5\%$ пожилых людей совсем не ориентируются в окружающей обстановке, $p<0,05$. Не смогли выполнить тесты на серийный счет - $32,2\pm3,0\%$ опрошенных, на

восприятие - $22,8 \pm 2,7\%$, не выполнили задание на изучение памяти - $49,8 \pm 3,3\%$ пациентов, совсем не справились с заданием «назвать два предмета», «повторить выражение» и выполнить трехэтапную моторную команду - $32,1 \pm 3,0\%$, $48,5 \pm 3,3\%$, $35,4 \pm 3,1\%$ пациентов соответственно, $p < 0,05$. Абсолютно не справились с заданием по таким показателям, как: «прочесть и выполнить задание, написанное на бумаге», «написать предложение» и «рисовать рисунок» ($48,5 \pm 3,3\%$, $59,1 \pm 3,2\%$, $74,3 \pm 2,8\%$, $57,0 \pm 3,2\%$ пожилых людей соответственно), $p < 0,05$.

4. Моральный статус

По данным нашего исследования достоверно выявлено преобладание хорошего морального состояния у $75,6 \pm 2,8\%$ пациентов, $p < 0,05$. Только $10,5 \pm 2,0\%$ пожилых людей, пребывающих в интернатных условиях, имеет плохое моральное состояние.

Среди параметров плохого психологического состояния отмечались такие показатели, как: ухудшение морального состояния в течение года ($8,9 \pm 1,9\%$), наличие бессонницы, отсутствие моральной уравновешенности, необходимость расставаться с привычными вещами и ухудшение состояния с возрастом ($7,2 \pm 1,7\%$), возникновение проблем ($8,0 \pm 1,8\%$), чувство одиночества и посещение мысли, что незачем жить ($11,0 \pm 2,0\%$), $p < 0,05$.

Большинство опрошенных пожилых людей отмечают хорошее и даже отличное психологическое состояние, в том числе по таким показателям, как чувство защищенности, возможность пользоваться привычными вещами, хорошую адаптацию к новым условиям жизни, отсутствие причин для плохого настроения ($49,4 \pm 3,3\%$, $38,0 \pm 3,2\%$, $39,7 \pm 3,2\%$, $49,0 \pm 3,3\%$ соответственно).

5. Независимость в повседневной жизни

В ходе исследования по шкале Бартел установлено, что зависимы от посторонней помощи в повседневной жизни $78,5 \pm 2,7\%$ пациентов (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение пациентов по степени независимости в повседневной жизни
(на 100 обследованных, $M \pm m$)

| Зависимость от посторонней помощи (n = 237) | $M \pm m$ |
|---|------------------|
| Не установлена | $21,5 \pm 2,7$ |
| Умеренная | $23,2 \pm 2,7$ |
| Выраженная | $24,5 \pm 2,8$ |
| Полная | $30,8 \pm 3,0^*$ |

* $p < 0,05$ – по сравнению с отсутствием зависимости от посторонней помощи

При исследовании нами достоверно было выявлено, что полностью зависимы от окружающих: при приеме пищи $16,0 \pm 2,4\%$, при одевании $28,7 \pm 2,9\%$, при контроле функций выделения (мочеиспускания и дефекации) $30,4 \pm 3,0\%$, при приеме ванны $53,6 \pm 3,0\%$, при подъеме на лестницу $44,3 \pm 3,2\%$ пожилых людей, $p < 0,05$. При оценке показателя, характеризующего вставание пациента в постели достоверно выявлено, что $21,5 \pm 2,7\%$, не способны подняться без какой-либо помощи и поддержки, $p < 0,05$.

6. Распространенность синдрома старческой астении

Анализ результатов специализированного гериатрического осмотра позволил определить, что среди пациентов старших возрастных групп синдром старческой астении разной степени тяжести в стационарном учреждении социального обслуживания имеют $72,6 \pm 2,8\%$ обследованных (табл. 4).

Таблица 4.

Распределение обследованных пациентов по степени выраженности синдрома старческой астении (на 100 обследованных, $M\pm m$)

| Степень выраженности старческой астении | $M\pm m$ |
|---|----------------|
| Признаков старческой астении не установлено | $12,2\pm2,1$ |
| Старческая преастения | $15,2\pm2,3$ |
| Легкая астения | $13,5\pm2,2$ |
| Умеренная астения | $15,2\pm2,3$ |
| Выраженная астения | $32,1\pm3,0^*$ |
| Тяжелая астения | $11,8\pm2,1$ |

* $p < 0,05$ – по сравнению с отсутствием признаков старческой астении

Таким образом, исследование показало, что преобладающими гериатрическими синдромами, приводящими к развитию синдрома старческой астении у пациентов стационарного учреждения социального обслуживания, являются нарушения общей двигательной активности и когнитивный дефицит разной степени выраженности.

В целях разработки дифференцированных мероприятий терапевтической среды нами предложено распределение пациентов на клинико-реабилитационные гериатрические группы в зависимости от преобладания гериатрического синдрома.

Клинико-реабилитационные гериатрические группы пациентов в зависимости от гериатрического синдрома

В связи с тем, что наиболее значимыми гериатрическими синдромами, выявленными в результате проведения специализированного гериатрического осмотра, явились нарушения общей двигательной активности и нарушения когнитивных функций, все пациенты условно были разделены на 3 группы в зависимости от степени выраженности и сочетания указанных синдромов.

Распределение пациентов на клинико-реабилитационные гериатрические группы:

1. Активные пациенты с отсутствием или легкими нарушениями гериатрического статуса.
2. Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса.
 - 2.1. Пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом.
 - 2.2. Пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями.
3. Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса.
 - 3.1. Пациенты с умеренным/тяжелым когнитивным дефицитом или умеренными/тяжелыми двигательными нарушениями.
 - 3.2. Терминальная стадия старческой астении (рис. 1).



Рис. 1. Распределение пациентов на клинико-реабилитационные гериатрические группы (%)

II. Изучение удовлетворенности пациентов старших возрастных групп условиями проживания и социальным окружением

Анализ данных, полученных с помощью специально разработанной анкеты, показал, что удовлетворены условиями проживания $92,4\pm2,4\%$, не удовлетворены $7,6\pm2,4\%$. Оценка комфортности проживания проводилась по шкале от 1 до 3 баллов. Неудовлетворенность условиями проживания отмечалась по таким параметрам, как недостаток уюта в комнате - $2,4\pm0,06$ балла, недостаток свежего воздуха - $2,3\pm0,06$ балла, удаленность столовой и туалета - по $2,3\pm0,06$ балла, не всегда имеется возможность пользоваться душем и участвовать в оформлении комнаты по своим предпочтениям - $2,3\pm0,06$ балла.

Таким образом, большинство пожилых людей в целом удовлетворены различными сторонами жизни в доме-интернате. Однако при организации мероприятий терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания необходимо учитывать потребности самих пациентов, их удовлетворенность качеством социальной среды.

III. Научное обоснование и разработка модели терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания

При создании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания целесообразно выделить базовые мероприятия, предназначенные для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп и специальные мероприятия для каждой группы пациентов в зависимости от их гериатрического статуса ($\chi^2=9,8$, $p<0,05$).

1. Базовая модель терапевтической среды

Согласно экспертной оценке, при формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания базовые мероприятия должны включать три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты среды; социально-медицинские; психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий, как для жизни, так и для реабилитации пожилого человека, исключающие воздействие потенциально неблагоприятных факторов ($\chi^2=9,5$, $p<0,05$).

1.1. Интерьерный и экстерьерный компоненты среды

Согласно мнению экспертов важное значение играет эстетическое оформление помещений, оснащение удобной комфортной мебелью, адаптированной к нуждам пожилых людей и инвалидов, использование в интерьере элементов домашней обстановки ($\chi^2=8,3$, $p<0,05$). В коридорах, в палатах, в туалетных и ванных комнатах необходимо устройство поручней, оборудование перил на лестницах ($\chi^2=9,8$, $p<0,05$). В целях профилактики синдрома падений необходимо создание широких свободных проходов, обеспечение достаточной освещенности во всех помещениях, исключение скользких неровных поверхностей, фиксация ковровых покрытий к полу, установление кнопки вызова персонала в комнатах ($\chi^2=9,6$, $p<0,05$).

Экстерьерный фактор среды предусматривает создание безопасной безбарьерной эстетически оформленной среды для пожилых людей (достаточная освещенность территории, удобные подъездные пути, оформление прогулочных дорожек, оборудование пандусов, поручней, подъемников, оснащение информационными знаками), устранение препятствий и опасных приспособлений, организацию на территории учреждения магазинов и кафе ($\chi^2=9,5$, $p<0,05$).

1.2. Социально-медицинские мероприятия

По мнению экспертов с целью коррекции ведущих гериатрических синдромов рекомендуется использовать разнообразный арсенал реабилитационного оборудования и средств для занятий лечебной физкультурой, кинезотерапией, включающих разнообразные виды компенсирующих приспособлений и устройств ($\chi^2=8,9$, $p<0,05$). При назначении медикаментозного лечения осуществляется строгий контроль за выдачей и приемом лекарств ($\chi^2=9,2$, $p<0,05$). Следует обеспечить пациентам достаточный питьевой режим, разнообразное питание 3-4 раза в день, при необходимости организовать диетическое питание ($\chi^2=8,5$, $p<0,05$).

В целях профилактики синдрома падений необходимо проводить подбор удобной обуви с учетом потребностей пациентов ($\chi^2=8,8$, $p<0,05$).

1.3. Психолого – педагогические мероприятия

Согласно экспертной оценки необходимо проводить мероприятия по социально-психологической адаптации пожилых людей, индивидуальные и групповые формы работы. На занятиях рекомендуется использовать релаксационные и акустические методики, арт-терапевтические программы, проводить занятия по правильному питанию, контролю эмоций, профилактике развития и прогрессирования когнитивных расстройств, обучение компьютерной грамотности, предоставить возможность пользоваться современными информационными технологиями (стационарным и мобильным телефоном, компьютером, Интернетом) ($\chi^2=9,4$, $p<0,05$).

Для улучшения психоэмоционального состояния пожилых людей необходимо вовлечение всех пациентов в разнообразную культурно-досуговую деятельность ($\chi^2=8,4$, $p<0,05$). Эксперты считают необходимым обеспечить возможность контактов пожилых людей с родственниками и знакомыми людьми в условиях учреждения ($\chi^2=7,8$, $p<0,05$).

2. Модель терапевтической среды для

клинико-реабилитационных гериатрических групп

2.1. Терапевтическая среда для активных пациентов

Цель - продление активного долголетия («health promotion»).

Необходимо активное включение пациентов в лечебно-трудовую деятельность. Эксперты считают, что виды трудовой терапии и трудовой занятости могут быть близкими как к профессиональной деятельности, так и содержать эпизодические поручения, в зависимости от состояния здоровья пожилого человека ($\chi^2=9,2$, $p<0,05$). По мнению экспертов для этой группы пациентов необходимо включение в физкультурно-оздоровительные мероприятия, целесообразно создать школы здоровья, шире использовать развлекательно-образовательные формы досуга, объединять пожилых в клубы по интересам ($\chi^2=9,6$, $p<0,05$). Для мобилизации творческого потенциала и жизненной активности пожилых людей рекомендованы арт-терапевтические занятия в разных формах ($\chi^2=8,6$, $p<0,05$).

2.2.1. Терапевтическая среда для пациентов с ведущим умеренным когнитивным дефицитом

Цель – профилактика обострений психических хронических заболеваний путем создания безопасной, спокойной и понятной среды.

При оформлении интерьера следует использовать успокаивающие цвета; проводить подбор вспомогательных аксессуаров в соответствии с когнитивным статусом пациентов,

рекомендуется разнообразный арсенал информационных указателей (надписи, часы, календари и др.) ($\chi^2=9,7$, $p<0,05$). Необходимо создание безопасных бытовых условий проживания, устранение потенциально опасных предметов, включающих электрические приборы, электрические и телефонные провода ($\chi^2=8,6$, $p<0,05$).

В работе с пациентами данной группы целесообразно использовать занятия по когнитивной реабилитации, тренировке памяти, освоению новых навыков (показ, разъяснение, тренировка, коррекция). Эксперты рекомендованы разнообразные варианты арт-терапевтических методик, инпотерапия, эрготерапия, методы биологической обратной связи, необходимо активное вовлекать пожилых людей в посильную трудовую деятельность и культурно-досуговые мероприятия, побуждать их к общению ($\chi^2=8,9$, $p<0,05$).

2.2.2. Терапевтическая среда для пациентов с ведущими умеренными двигательными нарушениями

Цель – реабилитация и создание безбарьерной терапевтической среды.

По мнению экспертов необходимо оборудовать жилые комнаты приспособлениями, адаптированными для лиц с ограничениями жизнедеятельности ($\chi^2=8,8$, $p<0,05$); обеспечить протезно-ортопедическими средствами (компенсирующие устройства, приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов, ортезы, протезы, опорные трости, ходунки, костыли, кресла-коляски различного типа) ($\chi^2=9,8$, $p<0,05$); использовать специальное оборудование для поддержания независимости пациента в пределах кровати (подъемники, веревочные лестницы, ручные блоки, турнички, боковые поручни и др.), для пересаживания и вставания (скользкие доски, подъемники, вертикализаторы, приспособления для стояния и ходьбы) ($\chi^2=9,5$, $p<0,05$); обеспечить одеждой и ортопедической обувью с учетом ограничений жизнедеятельности пожилого человека ($\chi^2=9,6$, $p<0,05$). Обязательно обучение пациентов данной группы навыкам пользования техническими средствами реабилитации, поддержание средств реабилитации в исправном техническом состоянии ($\chi^2=9,4$, $p<0,05$).

2.3. Терапевтическая среда для пациентов с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса

Цель – организация гериатрического ухода.

По мнению экспертов необходимо оборудовать комнаты средствами, облегчающими уход (функциональные кровати, подъемники, поручни для удобства приподнимания и вставания в кровати, прикроватные и надкроватные столики для приема пищи, приспособления для мытья пациентов, подголовники, противопролежневые матрацы и подкладные круги, абсорбирующее белье (подгузники, пеленки), судна ($\chi^2=9,2$, $p<0,05$).

Необходимо создать благоприятные условия окружающей среды (соответствующий температурный режим, минимизация шума и световых раздражителей), обеспечить адекватную гидратацию и кормление лежачих пациентов ($\chi^2=8,7$, $p<0,05$).

По данным экспертной оценки необходимо проведение мероприятий по физической реабилитации, активизирующей кинезотерапии, минимизация пассивного ухода, организация психологической поддержки, обеспечить возможность сопровождения пациентов на прогулки ($\chi^2=8,3$, $p<0,05$).

В терминальной стадии старческой астении гериатрический уход направлен на поддержание витальных функций пациентов с использованием арсенала вспомогательных и реабилитационных средств ($\chi^2=9,4$, $p<0,05$).

Предложенные нами мероприятия терапевтической среды, представлены на блок-схеме 1:



Блок-схема 1. Мероприятия терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания

IV. Эффективность внедрения терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания

Динамика параметров герiatricкого статуса после внедрения мероприятий терапевтической среды представлена в табл. 5.

Таблица 5.

Суммарные баллы изучаемых показателей в контрольной и основной группах (M±m, в балах)

| Определяемый параметр | Контрольная группа (n = 32) | | Основная группа (n = 35) | |
|---|-----------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| | До | После | До | После |
| Параметры устойчивости ⁶ | 13,4±0,6 | 15,7±0,6 | 13,4±0,6 | 17,4±0,6*,** |
| Моральный статус ⁷ | 58,9±1,4 | 54,9±1,4 | 56,3±1,2 | 36,4±0,8*,** |
| Независимость в повседневной жизни ⁸ | 61,7±2,4 | 66,1±2,4 | 60,9±2,6 | 74,9±2,6* |

*p<0,05 внутри группы, **p<0,05 между группами

⁶ Чем выше балл, тем лучше параметры устойчивости

⁷ Чем меньше балл, тем лучше моральное состояние пациента

⁸ Чем выше балл, тем меньше зависимость в повседневной жизни от посторонней помощи

Установлено достоверное улучшение суммарных показателей параметров устойчивости, морального состояния пациентов и суммарного балла уровня независимости в повседневной жизни от посторонней помощи после внедрения мероприятий терапевтической среды.

При сравнительном анализе показателей удовлетворенности⁹ условиями проживания до и после внедрения терапевтической среды у обследуемых пациентов достоверно улучшились практически все значения (табл. 6).

Таблица 6.

Сравнительная оценка комфорта проживания у пациентов основной группы ($M \pm m$, в баллах)

| Определяемый параметр (n = 35) | До | После |
|--|----------|------------|
| Уютно ли Вам в комнате? | 2,4±0,06 | 2,60±0,05* |
| Достаточно ли воздуха? | 2,3±0,06 | 2,65±0,06* |
| Достаточно ли света? | 2,7±0,05 | 2,88±0,03* |
| Достаточно ли тепла? | 2,8±0,04 | 2,80±0,04 |
| Удобно ли питьаться в столовой? | 2,3±0,06 | 2,57±0,06* |
| Удобно ли ходить в туалет? | 2,3±0,06 | 2,51±0,06* |
| Чисто ли в комнате? | 2,7±0,05 | 2,93±0,02* |
| Регулярно ли проводится смена белья? | 2,9±0,02 | 2,98±0,01 |
| Всегда ли доступен для Вас душ? | 2,3±0,06 | 2,65±0,06* |
| Участвуете ли Вы в оформлении жилой комнаты? | 2,3±0,06 | 2,70±0,05* |
| Довольны ли Вы жилищными условиями в целом? | 2,6±0,05 | 2,88±0,03* |

* $p<0,05$ внутри группы

При оценке эффективности разработанной модели терапевтической среды установлено достоверное улучшение качества жизни по опроснику EQ – 5D, состоящему из показателя качества жизни¹⁰ (КЖ) и визуальной аналоговой шкалы¹¹ (VAS), у пациентов основной группы (табл. 7).

Таблица 7.

Сравнение средних параметров качества жизни пациентов основной и контрольной групп по данным опросника EQ – 5D ($M \pm m$, в баллах)

| Параметр КЖ | Контрольная группа (n = 32) | | Основная группа (n = 35) | |
|----------------------|-----------------------------|----------|--------------------------|--------------|
| | До | После | До | После |
| 1. Подвижность | 0,96±0,1 | 0,93±0,1 | 0,96±0,1 | 0,67±0,1* |
| 2. Самообслуживание | 0,93±0,1 | 0,90±0,1 | 0,95±0,1 | 0,64±0,1* |
| 3. Активность | 0,84±0,1 | 0,81±0,1 | 0,88±0,1 | 0,59±0,1* |
| 4. Боль и дискомфорт | 1,01±0,1 | 0,96±0,1 | 0,94±0,1 | 0,65±0,1*,** |
| 5. Тревога/депрессия | 1,28±0,1 | 1,18±0,1 | 1,01±0,1 | 0,68±0,1*,** |

* $p<0,05$ внутри группы,

** $p<0,05$ между группами

⁹ Чем выше балл, тем большее удовлетворенность

¹⁰ Чем меньше балл, тем лучше качество жизни

¹¹ Чем выше показатель, тем выше самооценка здоровья

Улучшился показатель самооценки здоровья по визуальной аналоговой шкале (VAS) после внедрения мероприятий терапевтической среды в основной группе (рис. 2).

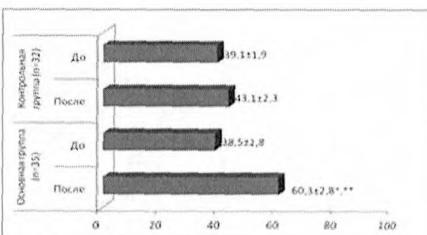


Рис. 2. Оценка качества жизни по визуальной аналоговой шкале (VAS)

С целью оценки эффективности мероприятий терапевтической среды проведен анализ динамики показателей смертности в ЯОГЦ до внедрения (2013г.) и после внедрения мероприятий терапевтической среды (2014г.), а также в сравнении показателей смертности в ЯОГЦ со средними областными показателями 2014г. Выявлено статистически достоверное снижение общей смертности среди пациентов старших возрастных групп в ЯОГЦ с $21,8\pm2,2\%$ в 2013г. до $16,0\pm1,9\%$ в 2014г., $p<0,05$.

Эффективность проводимых адаптационных мероприятий характеризуется показателем смертности на первом году жизни в интернате.

Так, по данным нашего исследования из общего числа умерших в ЯОГЦ достоверно сократилась доля пациентов, умерших в течение первого года жизни в учреждении (рис. 3).

Отмечается достоверное снижение показателей смертности пациентов старших возрастных групп на первом году жизни в учреждении среди вновь поступивших (рис. 4).

При сравнении показателей смертности со средними областными значениями нами установлено, что в 2014г. показатель общей смертности в ЯОГЦ на 19% меньше среднеобластного показателя.

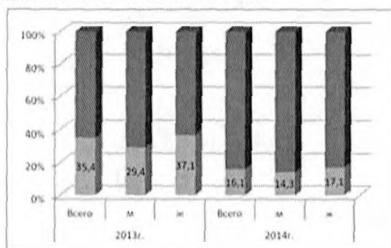
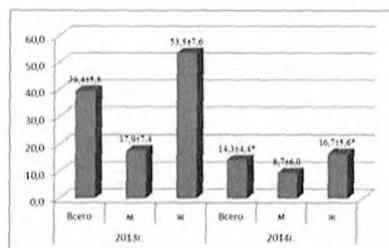


Рис. 3. Доля умерших на первом году проживания от общего числа умерших (%)



* $p<0,05$ – по сравнению с показателем 2013г.

Рис. 4. Показатель смертности пациентов на первом году жизни (на 100 поступивших)

Таким образом, полученные в результате исследования данные показывают, что мероприятия, формирующие терапевтическую среду в стационарном социальном учреждении, дают положительный эффект.

Предложенная нами модель терапевтической среды представляет собой комплекс мер по обеспечению доступности и безопасности среды для пожилых людей, адекватному социальному-медицинскому, психологопедагогическому сопровождению с учетом гериатрического статуса и степени выраженности синдрома старческой астении,

способствует повышению качества жизни пожилых людей, улучшению их функциональной способности.

ВЫВОДЫ

1. Синдром старческой астении имеет место у $72,6 \pm 2,8\%$ пациентов стационарного учреждения социального обслуживания, при этом в структуре гериатрических синдромов преобладают двигательные нарушения ($94,1 \pm 1,5\%$), характеризующиеся нарушениями устойчивости ($83,9 \pm 2,4\%$) и походки ($94,1 \pm 1,5\%$), а также нарушения когнитивных функций ($71,7 \pm 2,9\%$).

2. В зависимости от сочетания данных синдромов все пациенты старших возрастов разделены на три клинико-реабилитационные гериатрические группы: первая группа – активные пациенты без нарушений или с легкими нарушениями гериатрического статуса, вторая группа – пациенты с умеренными двигательными или когнитивными нарушениями, третья группа – пациенты с тяжелыми и терминальными нарушениями гериатрического статуса.

3. Согласно анализу удовлетворенности пациентов условиями проживания и данных экспертной оценки была предложена модель терапевтической среды, которая предполагает базовые или общие мероприятия, включающие три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты, социально-медицинские, психолого-педагогические мероприятия и специальные мероприятия для каждой клинико-реабилитационной гериатрической группы пациентов в зависимости от их гериатрического статуса.

4. Внедрение разработанной терапевтической модели обладает высокой эффективностью и способствует положительной динамике гериатрического статуса: повышение функции передвижения на 29,9%, улучшение морального статуса на 35,3 % и в целом, повышение уровня независимости от посторонней помощи по шкале Бартел на 23,0%; повышение удовлетворенности условиями проживания на 11,5%; улучшение качества жизни на 56,8%, снижение летальности на 26,6%, в том числе на первом году проживания в доме-интернате на 63,7%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для оценки гериатрического статуса пациентов старших возрастных групп в стационарном учреждении социального обслуживания рекомендуется проводить специализированный гериатрический осмотр, позволяющий выявлять основные гериатрические синдромы, синдром старческой астении, и состоящий из пяти частей: выявление способности к передвижению, выявление степени нарушения питания (синдрома малыннутриции), оценку когнитивных способностей, морального состояния и уровня независимости в повседневной жизни.

2. В зависимости от данных гериатрического статуса, преобладания или сочетания тех или иных гериатрических синдромов предложено дифференцировать пациентов на клинико-реабилитационные гериатрические группы: первая группа – активные пациенты без нарушений или с легкими нарушениями гериатрического статуса; вторая группа – пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса; третья группа – пациенты с тяжелыми и терминальными нарушениями гериатрического статуса.

3. На основании предложенной нами модели терапевтической среды целесообразно формировать базовые мероприятия, общие для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп, состоящие из интерьерного и экстерьерного компонентов, социально-медицинских и психолого-педагогических мероприятий, и разрабатывать специальные

мероприятия, дифференцированные для каждой клинико-реабилитационной гериатрической группы: для активных пациентов – это организация мероприятий, направленных на продление активного долголетия («health promotion»); для группы пожилых с умеренными нарушениями гериатрического статуса – организация реабилитационных мероприятий с учетом ведущего гериатрического синдрома; для пациентов с тяжелыми или терминальными нарушениями гериатрического статуса – организация мероприятий постоянного гериатрического ухода, поддержание жизнеспособности и витальных функций.

4. В связи с высоким риском развития синдрома малынтриции у пациентов старших возрастных групп предложена программа для ЭВМ «Оптимизация питания пациентов с синдромом малынтриции».

5. Оценку эффективности мероприятий терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания целесообразно проводить на основе анализа гериатрического статуса, удовлетворенности пациентов условиями проживания, оценки качества жизни, показателей летальности среди пациентов старших возрастных групп.

Перспективы дальнейшей разработки темы диссертационного исследования имеют важное научно-практическое значение и включают в себя разработку организационных аспектов внедрения модели терапевтической среды для пожилых людей в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания с учетом синдрома старческой астении и гериатрических синдромов.

СПИСОК РАБОТ, ОУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки РФ

1. Образование пожилых как фактор их здоровья в условиях постоянного проживания в современном доме-интернате [Текст] / И.Ф. Албегова, О.И. Старцева // Социология медицины. – 2014. – № 1(24). – С. 59-62.

2. Старцева, О.И. Оценка удовлетворенности проживанием в стационарном учреждении социального обслуживания (на примере Ярославского областного геронтологического центра) [Текст] / О.И. Старцева // Успехи геронтологии. – 2015. – Т. 28, № 4. – С. 780-782.

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

4. Анализ смертности пожилых людей в учреждениях социального обслуживания стационарного типа (на примере Ярославского областного геронтологического центра) [Текст] / О.И. Старцева, А.И. Бараева // Клиническая геронтология. – 2016. – Т. 22, № 3-4. – С. 52-55.

5. Старцева, О.И. Синдром падений в геронтологическом стационаре [Текст] / О.И. Старцева // Медицинская сестра. – 2016. – № 4. – С. 40-42.

6. Неотложная социально-медицинская помощь гериатрическим пациентам в доме-интернате [Текст] / О.И. Старцева, А.И. Бараева // Врач. – 2016. – № 6. – С. 82-84.

7. Старцева, О.И. Терапевтическая среда как средство реабилитации [Текст] / О.И. Старцева // Медицинская сестра. – 2017. – № 5. – С. 31-33.

8. Старцева, О.И. Терапевтическая среда при когнитивных нарушениях в стационарных социальных учреждениях [Текст] / О.И. Старцева // Врач. – 2017. – № 6. – С. 51-53.

Статьи в других журналах и сборниках

1. Демографические особенности старения населения в Ярославской области [Текст] / А.И. Бараева, О.И. Старцева, // О влиянии государства на развитие демографических

процессов: сборник докладов и тезисов участников V междунар. научно-практич. конф., 18 февраля 2011г. – Ярославль, 2011. – С. 147-151.

2. Социальное партнерство в геронтообразовании: опыт применения и перспективы развития [Текст] / О.Н. Старцева, А.В. Попова // Социальное партнерство в образовательной сфере: опыт, проблемы и перспективы развития: сборник материалов VIII междунар. научно-практич. конф., 14 июня 2011г. – Ярославль: ИД «Канцлер», 2011. – С. 381-385.

3. Опыт взаимодействия науки, образования и социальной практики в социальной работе с пожилыми людьми [Текст] / О.Н. Старцева, И.Ф. Албсгова // Вестник социально-политических наук, вып. 11. – Ярославль: ЯрГУ, 2012. – С. 98-102.

4. Старцева, О.Н. Развитие геронтообразования в модернизирующейся России как фактор повышения качества жизни пожилых людей [Текст] / О.Н. Старцева // Человек в пространстве культуры: исторические традиции и задачи модернизации России. Материалы V междунар. научно-практич. конф., посв. П.Г. Демидову. – Ярославль: ЯрГУ, 2012. – С. 165-168.

5. Старцева, О.Н. Опыт работы Ярославского областного геронтологического центра по повышению качества жизни пожилых людей [Текст] / О.Н. Старцева // Опыт работы учреждений социального обслуживания Ярославской области по повышению качества жизни пожилых людей: сборник материалов межрегионал. научно-практич. конф., 5 декабря 2013г. – Ярославль, 2014. – С. 11-16.

6. Старцева, О.Н. Формирование терапевтической среды в доме-интернате с позиций гериатрических синдромов [Текст] / О.Н. Старцева // Социальная геронтология. Материалы к IV всеросс. научно-практич. конф. с междунар. участием, 2015г. – Москва: Всеросс. науч.-метод. геронт. центр, 2015. – С. 143-148.

7. Региональные особенности старения населения Ярославской области [Электронный ресурс] / А.Н. Бараева, О.Н. Старцева // Вестник Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан: Материалы I Евразийского съезда геронтологов. – 2015. – № 1 (58). – URL: <http://heraldmed.org.ru>. – С. 252-256.

Тезисы докладов

1. Старцева, О.Н. Совершенствование социально-медицинского обслуживания пожилых людей в условиях геронтологического центра [Текст] / О.Н. Старцева, А.Н. Бараева // Материалы Международного форума «Старшее поколение», 31 марта-3 апреля 2011г. – Санкт-Петербург, 2011. – С. 66-67.

2. Старцева, О.Н. Опыт внедрения систем качества в работу учреждений социального обслуживания Ярославской области [Текст] / О.Н. Старцева // Материалы Международного форума «Инновации. Бизнес. Образование-2011», 13-14 октября 2011г. – Ярославль, 2011. – С. 19-20.

3. Старцева, О.Н. Социальная работа с пожилыми гражданами в условиях геронтологического центра [Текст] / О.Н. Старцева // Социальные и психологические проблемы глазами молодых-2011: сборник материалов XV междунар. научно-практич. конф., вып.15. – Сыктывкар: Изд-во Сыктывкарского ун-та, 2011. – С. 116-117.

4. Старцева, О.Н. Опыт реабилитационной работы с пожилыми людьми в геронтологическом центре [Текст] / О.Н. Старцева // Медико-социальная, социально-средовая и профессионально-трудовая реабилитация как основа интеграции инвалидов в общество. Материалы междунар. научно-практич. конф., 17 декабря 2011г. – Махачкала: ИП Овчинников, 2011. – С. 352-354.

5. Старцева, О.Н. Региональные особенности здоровья населения старших возрастных групп Ярославской области [Текст] / О.Н. Старцева, А.Н. Бараева // Материалы Международного форума «Старшее поколение», 11-14 апреля 2012г. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 64-65.

6. Старцева, О.Н. Результаты работы геронтологического центра в повышении качества жизни пожилых людей [Текст] / О.Н. Старцева // Особенности формирования

здорового образа жизни: факторы и условия. Материалы II междунар. научно-практич. конф., 27 апреля 2012г. – Улан-Удэ: Издательство ВСГУТУ, 2012. – С. 191.

7. Старцева, О.И. Комплексное взаимодействие в решении проблем пожилых людей в Ярославской области [Текст] / О.И. Старцева, А.А. Никифоров // Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний. Материалы междунар. научно-практич. конф., 2012г. – Махачкала: ИП Овчинников, 2012. – С. 317-319.

8. Старцева, О.И. Методика преподавания дисциплины «Социальная геронтология» студентам, будущим специалистам по социальной работе [Текст] / О.И. Старцева / Методы обучения и организации учебного процесса в ВУЗе. Материалы III всеросс. научно-метод. конф. – Рязань, 2013. – С. 95-96.

9. Старцева, О.И. Современные тенденции развития геронтологической помощи в Ярославской области [Текст] / О.И. Старцева, А.А. Никифоров // Социальные и психологические проблемы глазами молодых-2013: сборник материалов XVII междунар. научно-практич. конф., вып.17. – Сыктывкар: Изд-во Сыктывкарского ун-та, 2013. – С. 127-129.

10. Старцева, О.И. Организация и современные тенденции развития социально-медицинской помощи пожилым людям в Ярославской области [Текст] / О.И. Старцева // Актуальные вопросы здоровья населения и развития здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы всеросс. научно-практич. конф., посв. 150-летию образования Общества врачей Восточной Сибири (1863-2013). – Иркутск: ГБОУ ВПО ИГМУ, 2013. – С. 279-281.

11. Старцева, О.И. Медико-социальная характеристика пожилого населения Ярославской области [Текст] / О.И. Старцева, А.И. Бараева // Материалы Международного форума «Старшее поколение», 18-21 марта 2015г. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 61-62.

12. Старцева, О.И. Предоставление социальных услуг пожилым людям в условиях геронтологического центра в рамках реализации ФЗ № 442 «Об основах социального обслуживания граждан в РФ» [Текст] / О.И. Старцева // Материалы Международного форума «Старшее поколение», 18-21 марта 2015г. – Санкт-Петербург, 2015. – С. 118.

13. P.16 - The therapeutic environment in nursing homes: the problems of implementation [Electronic resource] / K. Praschayeu, A. Ilnitski, O. Startseva, A. Barayeva // The Journal of Nursing Home Research Sciences. – Toulouse, France. - 2015. - Vol. 1. – URL: <http://nursing-home-research.com>. – Р. 35.

14. Старцева, О.И. Оптимизация терапевтической среды для пожилых людей в доме-интернате [Текст] / О.И. Старцева // Материалы Международного форума «Старшее поколение», 30 марта-02 апреля 2016г. – Санкт-Петербург, 2016. – С. 96-97.

Методические рекомендации и пособия

1. Старцева, О.И. Социально-медицинское сопровождение пожилых людей в период адаптации / О.И. Старцева // Психологическое сопровождение пожилых людей в период адаптации к жизни в геронтологическом учреждении: метод. рекомендации [Текст] / под ред. Н.В. Клюсовой. – Ярославль: ЯрГУ, 2012. - С. 54-57.

2. Милиотерапия как система создания качественной среды жизнедеятельности для пожилых людей, проживающих в условиях стационарного учреждения социального обслуживания общего типа: метод. пособие [Текст] / под ред. Н.В. Клюсовой, В.В. Волкова, О.И. Старцевой. – Ярославль, 2014. – 60 с.

3. Эйджизм и его преодоление в стационарных учреждениях социального обслуживания: метод. рекомендации [Текст] / А.П. Ильинский, О.И. Старцева, Л.В. Колпина, А.И. Бараева, К.И. Процаев. – Москва; Ярославль: Филигрань, 2016. – 48 с.

Авторские свидетельства

1. Программа для ЭВМ по оптимизации питания пациентов с синдромом малынгриции (свидетельство государственной регистрации программы для ЭВМ) / С.Г. Горелик, Д.В. Волков, К.А. Бочарова, О.И. Старцева, В.С. Андреенков // Свидетельство государственной регистрации № 2016614483, дата регистр. 25.04.2016.

СТАРЦЕВА
ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ ДЛЯ
ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Автореферат

Подписано в печать 28.09.17. Формат 60x90 1/16. Усл.печ.л. 1,50.
Тираж 100 экз. Заказ № 17176.

Отпечатано в типографии ООО "Филигрань"
150049, г. Ярославль, ул. Свободы, д. 91.
pechataet.ru

